15
CUM LAUDE

Les creences i valors al pla de cures: suport per a l'abordatge i la valoració

Lydia Riba i Bellera

[publicacions]
urv

La col·lecció CUM LAUDE té com a objectiu editar les millors tesis doctorals en llengua catalana de la Universitat Rovira i Virgili. S'emmarca dins del Pla de política lingüística i pretén estimular l'ús de la llengua catalana en la redacció de les tesis, i prestigiar el català com a llengua de ciència i de recerca.

Aquesta col·lecció neix de la convocatòria d'edició de tesis doctorals en llengua catalana impulsada per la Comissió de Política Lingüística de la Universitat Rovira i Virgili.

¶ Aquesta editorial és membre de la Xarxa Vives i de l'UNE, fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a escala estatal i internacional.

Les creences i valors al pla de cures: suport per a l'abordatge i la valoració

Lydia Riba i Bellera

[publicacions] urv

Tarragona, 2019

Edita:
Publicacions URV

1a edició: octubre de 2019
ISBN: 978-84-8424-817-0

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

Aquesta edició ha estat possible gràcies a un ajut del Comissionat per a Universitats i Recerca de la Generalitat de Catalunya.

«Temps mental en presència, com a treball de postura;
saber fer, saber ser i saber estar».

Montserrat Teixidor (2008)

Índex

Pròleg

En un moment que les institucions estan condicionades per un entorn on la globalització tecnocràtica i econòmica del planeta és emergent, on l'educació a Occident malviu la postmodernitat, nua de valors universals i necessaris, la Dra. Lydia Riba ens recorda la importància de les finalitats del nostre ofici cuidador: la persona i la seva salut, la seva qualitat de vida, dignitat i espiritualitat. El seu treball ens porta a la reflexió al voltant de qui som, on som i quins son els valors que ens han guiat i ens han de guiar en la nostra pràctica professional. Ho fa des de l'estudi, l'experiència, la intuïció, l'autoexigència mostrada al llarg de la seva vida professional i el rigor de la fonamentació de recerques realitzades sobre la pràctica quotidiana, i amb els resultats d'una investigació qualitativa sobre les creences i valors. El seu treball és una finestra que ens obliga a repensar les pràctiques professionals, per evitar la banalització, i continuar avançant cap a l'excel·lència.

Aquesta publicació és la continuïtat d'un esforç mantingut al llarg de la seva vida professional, on tots vam poder observar i admirar el seu grau d'implicació i compromís amb la professió, les persones i els estudiants. Ella és una gran mestra que va ensenyar als alumnes, amb el seu exemple diari, la importància de l'autenticitat, la importància de sortir dels camins fresats per endinsar-nos en un treball impregnat d'humanitat i de reflexió.

Aquest esperit ha portat la Dra. Riba a continuar cercant per mostrar-nos, amb la seva reflexió, la importància de perseverar per continuar avançant cap a models més humans, més holístics, on la persona senti

que forma part de la família humana, on senti dels professionals que veritablement els importa. En aquest sentit, Octavi Fullat assenyala que «no sembla pas que sigui gaire assenyat entossudir-se a continuar en el clot de la postmodernitat, si no és que no ens importi educar i generar humanisme».

En el paradigma humanista cap al qual sembla que hauríem de tendir, la reflexió sobre allò propi i autòcton no es gens efímera, sinó del tot pertinent. De fet, només hi ha un possible diàleg entre cultures, si els interlocutors coneixen a fons la pròpia identitat i s'obren a la identitat aliena. La Lydia Riba ens mostra la importància de les creences i els valors, d'assegurar el diàleg, i evidencia que per fer-ho possible cal el coneixement de la pròpia axiologia i l'obertura als valors de l'altre. És per això que cal l'aprofundiment en allò que es propi, la reflexió sobre els propis valors, creences i personalitat, i un treball d'autoconeixement sobre quina és la nostra posició en relació amb els altres i l'entorn. Només des d'aquesta reflexió és possible tenir cura d'un mateix, de l'altre i dels altres, i bastir els fonaments d'un autèntic i profund diàleg intercultural que ens porti a la comprensió, a la convivència i a les bones pràctiques. Comprendre l'ésser humà, no confondre els propis valors amb els de l'altre, és comprendre's a si mateix, perquè no pot realitzar un treball d'humanització qui no l'ha realitzat sobre si.

Si no volem que l'ésser humà es dilueixi i s'esvaeixi, si no volem reduir-lo a un embull molecular, hem de prioritzar per damunt de l'eficàcia i la raó la dignitat de cada persona, en la línia del que proposa Kant, que diu que la dignitat és allò que fa que hagi de tractar sempre l'altre ésser humà com a finalitat, i mai com a mitjà o instrument per a una altra cosa.

Com fa veure l'autora, el que ens defineix com a col·lectiu professional és participar d'uns valors determinats que formen part de la nostra cultura. La Dra. Lydia Riba ens mostra que pensar la pràctica cuidadora necessita un marc de referència, marcat per una distància crítica i conceptual, per justificar els principis que ella adopta.

En aquest sentit, l'humanisme del segle XXI és el paradigma filosòfic existencial de la nostra professió i és a l'arrel de les escoles de les necessitat, la transformació, el *caring*, que molt sovint s'han adoptat en els models de formació i pràctica professional. L'humanisme ens porta

a recuperar i a comprendre els valors que s'han alimentat de la tradició grecoromana i del pensament judeocristià reinterpretats i actualitzats a les necessitats del món actual, valors que han vertebrat i guiat el pensament infermer i que mouen molts professionals a actuar en una direcció o en una altra, ja que alimenten la seva consciència.

Actuar des de l'humanisme ha d'empeltar-se d'amor per l'ésser humà, tant en les seves febleses com en les seves fortaleses; requereix posar-lo en el centre del relat, respectar-lo com a subjecte i actor de la seva vida i la seva mort, molt capaç de decidir sobre la seva salut i la seva existència. Tenir cura des d'una posició professional comporta reconèixer i respondre als seus valors, creences i cultura, fins i tot si aquests no coincideixen amb els nostres (Teixidor, 2005). L'humanisme no exclou la competència cientificotècnica necessària per abordar les situacions de salut, sinó que la inspira i li dona sentit.

"Tenir cura va més enllà de les cures infermeres: tenir cura és un treball d'humanització, conscient, sistemàtic, fet amb sentiment i intencionalitat. Significa l'atenció, l'ajuda que jo porto a la persona més enllà d'uns actes i uns gestos. Al meu entendre és un acte que, per ser portador de sentit i respectuós amb la pròpia existència de la persona, s'ha de comprometre amb la creença en la dignitat, el valor de la persona i a donar resposta a la seva singularitat, que ha d'estar impregnat de responsabilitat, competència, esperit crític, disponibilitat, sensibilitat, empatia, emocions positives i la constatació amb la persona atesa dels afectes de la cura" (Teixidor, 2015).

La Dra. Riba també ens mostra que el procés de cures és l'expressió d'una aliança. Aliança que comprèn tant la persona com el context, que és familiar, cultural, social, econòmic i espiritual. Tot això configura un mapa situacional que requereix una competència d'anàlisi de la contingència i de processos reflexius per part de la infermera, i que apunta a les finalitats del procés de cures i, en certa manera, el determina.

El procés de cures requereix un marc de referència infermer interioritzat per les infermeres i que sigui permeable a les contingències derivades de les actituds personals, les aspiracions, les creences, la cultura i els valors. Si entenem que la persona és un ésser bio, psicosocial, cultural i espiritual, no podem concebre, com bé assenyala la Dra. Riba, apropaments que ignorin aquests elements.

El procés de cures no és només un instrument, el procés de «tenir cura»: hauria de ser, en una relació de complementarietat, un procés «de cocreació de la cura» que permeti ajudar, tenint en compte com és la persona (creences, valors, condicions de vida i context sociocultural), a identificar les seves emocions, la seva situació i necessitats per poder assegurar la personalització i la regularització dels seus processos funcionals, el seu benestar i la seva qualitat de vida. D'això es desprèn que la personalització s'ha d'inscriure en una visió d'investigació en l'acció i pràctica reflexiva.

La relació d'ajuda és una relació de complementarietat: la infermera assisteix la persona i els seus cercles pròxims ajuntant els seus coneixements i habilitats a les d'ells per tractar de trobar els mitjans més convenients.

És per tot això que considero important el treball realitzat per la Dra. Lydia Riba, que sorgeix de la seva expertesa fruit de la reflexió en la pràctica quotidiana, d'una trajectòria exemplar i d'una preocupació per assegurar pràctiques portadores de sentit, d'esperança i benestar; en definitiva, pràctiques portadores de vida. Bones pràctiques que van més enllà de les disfuncions del cos físic, pràctiques pensades, respectuoses, acollidores, on la persona sigui respectada i la seva paraula sigui escoltada com a reflex de la seva vivència i singularitat.

Dins de la tradició grecollatina l'ésser humà és aquell que gaudeix de la paraula. La paraula, garant de les virtuts socials i morals, permet pensar, nomenar i comunicar-se, i és, d'aquesta manera, garant de la possibilitat del coneixement mutu i en conseqüència fa possible el respecte i la confiança en la interrelació que uneix l'aliança. Com bé assenyala Marc-Alain Quaknin, "l'altre amb la seva paraula és el que em posa en entredit, el que em desperta, el que m'impedeix ser vell".

El llenguatge, la narració, és el lloc de l'escolta i de la comprensió. El pensament grec va definir l'ésser humà com la persona que gaudeix de la paraula. La paraula té la missió d'inserir el subjecte en el món intersubjectiu. La paraula requereix els altres, implica l'escolta, la sensibilitat i entendre que cada persona és única, i requereix la percepció d'allò particular, que implica, per tant, una mirada i una resposta única que doni resposta a la seva singularitat i al seu moment existencial. Segons Kant (1724-1804), la raó il·lustrada no pot garantir que hi hagi

una única resposta raonable. No podem caure en l'error d'aplicar la norma, el protocol, els resultats de les recerques acríticament, la percepció d'allò particular, la interpretació, la comprensió; donar resposta a la persona a la seva singularitat, manifestar respecte pel seu projecte de vida, ajudar-la a dir i a fer el que és desitjable per a ella, augmentar el nombre de possibilitats és una tasca inexhaurible que requereix sabers, valors (marcs de referència), expertesa, sensibilitat i entendre el valor d'acollir de la paraula de la persona i la seva família. En aquest sentit, la Lydia ens va ensenyar, en el seu dia a dia, que ella feia realitat el que diu una sentència àrab: «Una sola paraula pot escalfar tot un hivern».

Com assenyala el filòsof Gadamer (1900-2002) «a la dialèctica de la interpretació l'ha precedida sempre la dialèctica de la pregunta i la resposta». Aquesta dialèctica és generadora de confiança i fa que la comprensió sigui un esdeveniment, possibilita aliances i permet a la infermera verificar si la cura ha estat rebuda.

El treball de la Dra. Riba, mitjançant l'anàlisi del relat de les infermeres, fonamentat amb altres estudis, evidencia les limitacions del sistema en la gestió de les institucions que incideixen en les cures i la necessitat d'obrir espais per a l'anàlisi de les pràctiques professionals, així com per parlar dels que pateixen amb els que pateixen. Es tracta d'aprofundir en les seves necessitats, costums, vivències, creences i valors, actituds personals i creences culturals. Diàleg per precisar amb ells el tipus i la qualitat del servei infermer requerit. També espais per a la reflexió i el diàleg, entre gestors i professionals, per assegurar visions compartides, la interiorització de la importància de la missió, els valors que l'han d'inspirar i per assegurar la presència de condicions de funcionament necessàries per a la realització d'un projecte. Del seu treball també s'entreveu que cal avançar en intervencions formatives que vetllin, més enllà de la unificació del llenguatge infermer, per una comprensió comuna que contribueixi a l'obertura cap als altres, assegurin valoracions integrals, holístiques, de la persona, els processos reflexius i respostes adequades personalitzades de tot ordre. També cal recuperar espais per a la convicció, l'esperança i el reconeixement, on les infermeres sentin que veritablement importen. De tot l'expressat es deriva la necessitat de projectes coherents entre els estils de lideratge dels gestors

i el lideratge en les cures que es demana a les infermeres, projectes que possibilitin pràctiques clíniques del cuidar.

La Lydia és una mestra que ens ha ensenyat, en el seu treball clínic i docent, a anar al fons de les coses, a tenir el valor d'utilitzar el propi enteniment, a tenir la humilitat de reconèixer que la persona atesa ens pot ensenyar allò que ignorem, a entendre la importància dels sabers de l'altre i a bandejar que tenim un poder sobre ell per entendre que el nostre poder és *poder amb l'altre.* La Lydia, amb el seu estudi, mostra el que diu Octavio Paz: «Cada individuo, cada cosa, cada instante es una realidad única, incomparable, incommensurable». Les infermeres, malgrat la intensitat de cures, malgrat tots els malgrats, hem de ser resilients, hem de perseverar, com sempre ha fet la Lydia, en un treball d'actitud, per fer possible que la nostra pràctica quotidiana sigui un treball impregnat de talent, disponibilitat, responsabilitat i humanitat.

Montserrat Teixidor i Freixa
Infermera i antropòloga

Introducció

Com a infermera he estat treballant, durant uns quants anys (1982-2010) a l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS)[1]. Val a dir, doncs, que he viscut molt activament el procés de cures i he pogut gaudir de la seva evolució. Al final de la meva vida laboral (2010), però no professional, vaig adonar-me que encara tenia certs dubtes sobre si els registres d'infermeria recollien aquelles dades de la persona malalta considerades més subjectives i que, malgrat ser necessàries, no sempre s'han tingut prou presents per elaborar el pla de cures.

L'experiència professional dins de l'Atenció Primària, em va dur a focalitzar-me, en primer lloc, en la recerca als registres, al pla de cures, de les creences i valors de la persona.[2] Vaig entendre que calia conèixer si realment aquestes dades de la persona eren observades, valorades i registrades per la infermera.

Un primer estudi, en què es van revisar els plans de cures de 3.174 HCAP (Històries Clíniques d'Atenció Primària) de l'ICS, ens va aportar resultats que van permetre evidenciar mancances en els registres d'aquestes dades. En molts dels plans de cures no hi havia cap registre en aquest apartat. En alguns altres només s'havia posat un senyal per in-

---

1 L'Institut Català de la Salut és una empresa pública, adscrita al Departament de Salut, dedicada a la prestació d'atenció sanitària. És el major proveïdor del Servei Català de la Salut, assegura la cobertura sanitària universal a Catalunya. Té la seva seu corporativa a la ciutat de Barcelona, a la Gran Via de les Corts Catalanes, 587-589.

2 Les infermeres que treballen a l'ICS (Institut Català de la Salut) utilitzen com a mètode de treball el model conceptual de Virginia Henderson, que preveu la valoració integral de la persona al pla de cures, segons les 14 necessitats humanes bàsiques.

dicar que s'havia preguntat, però sense cap relat que recollís o descrivís el que pensava i creia la persona atesa.

Calia, doncs, continuar esbrinant i preguntar a les infermeres[3] els motius pels quals no completaven el registre d'aquestes dades al pla de cures. L'entrevista en profunditat semiestructurada va permetre que tinguessin l'oportunitat per expressar els motius clau pels quals aquesta informació no quedava reflectida en la valoració integral de la persona.

Les mateixes infermeres ens van evidenciar, en aquests discursos orals, els dubtes i mancances que sovint tenien sobre els coneixements de les creences i els valors. Els resultats obtinguts en relació amb els motius pels quals elles no se sentien capaces d'abordar el tema proposat van ser força contundents. [4]

En aquesta publicació s'ha volgut elaborar un text coherent amb la intenció de donar resposta a les demandes de les infermeres, a fi d'optimitzar la gestió del pla de cures. L'objectiu principal és, doncs, poder facilitar ajuda a la infermera, per tal d'iniciar el camí cap al coneixement, per entendre i respectar la pluralitat i diversitat de pensament de les persones malaltes, quant a les seves creences religioses i no religioses, així com als seus costums i estils de vida. S'ha intentat que el llenguatge emprat en aquest relat fos col·loquial, ja que hem volgut conservar el mateix dialecte que en el seu moment es va mantenir al llarg de les entrevistes (2014-2015).

Val a dir que en aquest text ens referim a les creences i els valors dels malalts i cuidadors adults. És cert que els infants també tenen les seves creences i valors, amb sentiments i emocions, possiblement molt vius, i que en moments difícils de malaltia els poden fer trontollar. Sens dubte, en les cures s'han de tenir en compte, però per la seva complexitat pensem que requereix una exposició més acurada, focalitzada en l'infant i en les persones adultes que intervenen en la seva cura i educació.

3 Infermeres de l'ICS que treballen a l'Atenció Primària de Barcelona, àmbit urbà i rural. Com a instrument de valoració utilitzen la conceptualització de la filosofia de Virginia Henderson (1971). Per Aquest model es basa en les 14 necessitats bàsiques que la persona ha de tenir satisfetes, ja sigui per ella mateixa, ja sigui amb ajut.

4 Tota aquesta informació està dins del document de la tesi doctoral de l'autora. Vegeu l'enllaç: <https://www.tdx.cat/handle/10803/399294>.

Donat que ha estat durant el transcurs de l'any 2018 que he estat preparant el contingut d'aquesta publicació, coincidint amb l'any que es commemora el centenari del naixement d'en Raimon Panikkar (Barcelona 1918- Tavertet 2010), m'he permès utilitzar algunes de les seves cites al llarg del text. Qui millor que Panikkar ens pot ajudar, com a reconegut filòsof, teòleg, escriptor i gran pensador, a entendre la diversitat cultural i religiosa? Ell va fer un llarg recorregut per l'espiritualitat, a través de les tradicions filosòfiques occidentals i orientals. Fill de mare catalana i de pare indi, va desenvolupar una gran capacitat per poder mantenir un diàleg interreligiós i interfilosòfic fora del que és habitual.

També s'han utilitzat altres cites d'infermeres que són o han estat referents de la infermeria, i que per la seva trajectòria professional humanística aporten un important valor al contingut d'aquesta publicació.

Les religions no tenen representants, tenen creients.

Panikkar (1918-2010)

1. Societat i cultura

1.1 Població actual: influències i característiques

La nostra societat està en evolució contínua, ja que som davant d'una globalització cultural imparable que ens aporta canvis que afecten el comportament humà i fan sorgir noves creences amb nous valors que poden afectar les estructures socials, fins i tot, modificant les relacions familiars. Són estils de vida que marquen conductes sovint desconegudes pels mateixos professionals de la salut. La majoria són raonades, com expressió d'un comportament sa, però en canvi altres poden interferir en el procés de cura i limitar la salut.

El flux migratori provinent tant de països veïns com també de països més llunyans ha facilitat un apropament que ha provocat una important diversitat cultural. Hi ha persones nouvingudes de cultures diverses i llengües ben diferents. Aquesta nova societat cada cop és més pluricultural, fet que ens aporta conviure amb gent que té diferents creences, valors i costums, que sovint són força arrelats, i que cal tenir en compte.

En pocs anys, dins del nostre territori, hem passat de tenir una societat en què semblava que tothom era catòlic,[5] a una situació que no té res a veure amb la d'abans. Un país que és considerat aconfessional encara pot conservar una aparent religiositat: per exemple, quan unes persones manifesten que són catòliques creients, i altres en canvi es defineixen com a catòliques no practicants. Entre aquestes darreres trobem persones que assisteixen als actes religiosos que es conserven per tradició, sobretot a les zones rurals, a les poblacions petites, o als barris de les ciutats.

També és freqüent que els esdeveniments socials com són els familiars (enterraments, bateigs, primeres comunions i casaments) o els culturals (homenatges, Setmana Santa, festes majors), arribin a omplir una gran part de les esglésies. Carod Rovira (coord., 2015) comenta que la incultura és un factor negatiu per al desenvolupament humà, i la incultura en matèria religiosa pot ser una font constant de problemes i conflictes en el si de la societat contemporània, en la mesura que la ignorància de l'altre deixa espai al tòpic i al prejudici.

Dins del nostre territori, no hem d'oblidar que tenim una religiositat de tradició judeocristiana, expressada per la mateixa església catòlica. També tenim el protestantisme, l'islam, i el judaisme, a banda d'altres confessions que, poc a poc, estan arrelant dins de la nostra comunitat. Dins d'aquestes comunitats religioses, si cal observar que uns poden ser practicants des d'una visió dogmàtica tolerant, en canvi altres poden ser practicants molt més radicals.

1.2 Tradicions i cultura: noves formes de viure

Segons Panikkar (2011), cal parlar de l'entreculturació, és a dir d'una trobada entre les tradicions i les cultures, i no de la implantació d'una cultura en l'altra, com succeeix en el colonialisme, on per reial decret s'inculquen noves formes de viure.

---

5 A l'Estat espanyol, malgrat ser aconfessional, encara es manté la religió catòlica com a hegemònica. Des de ben lluny, quan t'apropes a una població, gairebé la reconeixes pel seu campanar, que sobresurt per damunt de les teulades de les cases.

El campana, és una part integrada de l'església, continua marcant les hores i anunciant alguns esdeveniments importants, sobretot a les zones més rurals. Per tant, encara conserva certa funció d'utilitat pública, i segons la seva alçada també és un mirador excel·lent per guaitar el paisatge de l'entorn (Carod-Rovira, coord., 2015).

Podem trobar persones que tenen uns atributs i unes qualitats que emmarquen un estil de vida propi, que segueixen a peu de lletra. Altres, de cara a la societat, han aconseguit adaptar-se a la cultura del lloc on viuen, però, dins del context familiar continuen conservant les seves pròpies creences i els seus propis costums, que són molt coherents i amb un gran sentit cultural. Per a algunes persones el tema religiós és considerat prioritari i, sovint, pot anar lligat a les seves maneres tradicionals de tenir cura de la salut, sobre tot quan viuen lluny del seu país.

La variabilitat cultural i les diferents maneres de pensar, de fer i de ser de totes aquestes persones fa que les infermeres visquin noves experiències en el procés de cuidar. Algunes vegades, s'han d'enfrontar a situacions complicades en què intervenen molts elements que s'han de tenir en compte. Tot esser humà té el dret, i hauria de tenir l'opció d'escollir com vol viure i com vol ser tractat segons la seva cultura i creences, religioses i no religioses, i segons el seu compromís i responsabilitat davant de la seva vida. Per tant, ens hauríem de preguntar com és la societat en què les infermeres en tenen cura. Cal conèixer el que pensen les persones que la formen i com volen viure el seu procés de salut. És molt important tenir en compte els preceptes i costums que els marca la seva cultura o religió. El treball de la infermera ha passat de ser impositiu i mecanicista, a ser volitiu i humanista, per tal de donar llibertat al subjecte que rep les cures.

> Com més ens atrevim a caminar per nous camins, més necessitem estar arrelats en la tradició pròpia i oberts als altres, que ens adverteixen que no estem sols i que ens poden permetre aconseguir una visió més amplia de la realitat.
>
> Panikkar (1918-2010)

2. Les fronteres entre els àmbits de les creences i els valors

2.1 Concepte de creença i de valor

El nostre pensament, d'acord amb les creences, ens aporta el criteri per tenir valors que emmarquen la nostra manera de fer com a persones, encara que és més important saber quins són aquests valors que amaguen el potencial de cadascuna de les persones. Les creences i els valors són considerats elements d'ajuda per poder viure. A la vegada són els motors motivadors, que ajuden a aconseguir les fites i els objectius proposats com a recompensa a l'esforç personal.

Els conceptes sobre creences i valors són molt amplis i no queden prou definits: ens cal, doncs, en primer lloc identificar els criteris del seu significat:

- *Creença* és tot acte de creure. És allò que hom creu com a principi i considera veritable. S'accepta com a cert, malgrat que no està verificat, i de fet no és verificable.

  S'utilitza principalment en matèries religioses, malgrat que té més connotacions des d'altres dimensions.

  Com a sinònims trobem: *fe, credulitat, ideologia, convicció, professió i credo.*

- *Valor* és la qualitat o el conjunt de qualitats que fan que alguna cosa o alguna persona sigui preuada.

  Els valors són la força de la creença (Torralba, 2012). Podem dir que el valor inclou un conjunt de propietats com l'abast de la força, la significació d'una cosa, acció, paraula, expressió, etc. També és el coratge per emprendre grans afers, i per afrontar els perills sense por.

  Com a sinònims hi ha *vàlua, mèrit, qualitats, virtut, aptitud, ànim, valentia, bravesa, intrepidesa, agosarament, importància i significació*.

  Torralba (2013) introdueix el concepte del valor com a element, essencial i desitjat, de la nostra conducta humana.

2.2 La creença del que ens és desconegut

Estem envoltats de fenòmens que molts cops no podem explicar de forma racional, encara que ens agradaria que tinguessin una explicació científica. La creença, doncs, sobre el que no es veu, dona lloc al concepte de sobrenatural, que equival a dir que no pertany al món quotidià. De fet, que no veiem una cosa no significa que no existeixi. Si utilitzéssim un estri apropiat, podríem ampliar el camp de visió i, potser, aconseguiríem identificar el que anomenem desconegut —de moment, només és una utopia.

Identifiquem com a misteri tot allò que no coneixem i que no veiem, que per a nosaltres és un enigma i que, malgrat tot, sí que creiem que existeix. Mentre no demostrem que allò desconegut sí que existeix, des del vessant religiós, el fet de creure només serà qüestió de fe, i des del vessant de les creences ocultes, el considerarem esotèric.[6]

2.3 El pensament, la creença i la malaltia

Un altre punt que cal tenir present són els canvis importants dins de la salut mental, amb maneres i comportaments humans considerats molt diferents dels que hem tingut fins ara. Sovint tenim estímuls externs bastant tòxics, que poden alterar o modificar els costums de la persona

6 Del grec, esoterikos, equival a reservat, íntim, cabalístic i ocult. Significa 'desconegut, incomprensible i misteriós'. També es relaciona amb fenòmens paranormals i espiritisme.

que els rep. La ment és un tresor que no sempre es té present. Els pensaments són l'eix de la ment. Si els pensaments no són sans poc ho seran les creences, i possiblement tampoc ho seran els valors de la persona (fins i tot, la resposta d'aquesta persona davant d'una malaltia).

La malaltia sovint és considerada per la persona com una situació no esperada dins del seu procés de vida. Cal pensar que depenent de la gravetat del problema, pot ser que ella ho percebi com «un sotrac, i de cop, tot se li fa una muntanya». És en aquesta etapa d'incertesa i dubtes quan hi ha el risc que la primera reacció pugui conduir el pensament de la persona malalta a una acceptació negativa. El pensament format pel que un creu i sent és el que fa reaccionar la persona i donar pas a un canvi, que marca un nova manera de viure, que pot interferir o beneficiar les cures.

La gran epidèmia moderna és la banalitat.

Panikkar (1918-2010)

3. Religió i espiritualitat

3.1 Concepte de religió

Segons el Descriptor en Ciències de la Salut (DeCS, 2014) la religió és un conjunt de creences relatives a la naturalesa, causa i propòsit de l'Univers, en especial quan es consideren com la creació sobrehumana, que sovint implica pràctiques devotes i rituals sota un codi moral per a la conducta dels assumptes humans. Cada religió o grup confessional es desenvolupa de manera diferent; alguns són escissions d'altres. Hi ha una gran variabilitat, encara que moltes religions tenen punts en comú.

Cada confessió comporta una sèria de normes morals per obtenir una millora de conducta individual i social, així com també una sèrie de pràctiques rituals com oració, lectures, salms i fins i tot el sacrifici no cruent, per tal de donar sentit i valor transcendental a la vida terrenal.

Piles (2009) afirma que és possible que tots tinguem la idea que l'espiritualitat és molt més àmplia que la religió. És cert: una persona pot ser molt espiritual, però no cal que sigui religiosa, ni tenir la necessitat de pertànyer a cap confessió. La religió està connectada amb la vida espiritual de l'ésser humà, però també és cert que l'espiritualitat no sempre es manifesta davant d'una religió. Es pot dir que des de la hipòtesi científica, el treball de Ruse (2010) ofereix una nova anàlisi de la relació que, suposadament, existeix entre la ciència i la religió.

3.2 Concepte d'espiritualitat

L'espiritualitat és una riquesa de tota la humanitat. Tot ésser humà, més aviat o més tard, es qüestiona el sentit de la seva pròpia existència, així com el seu futur i la seva llibertat. L'espiritualitat és personal, no tothom està al mateix nivell, és una qüestió d'evolució individual, i que, a gran escala, es pot convertir en un fenomen social i donar lloc a diferents grups confessionals, alguns d'ells afins a la pròpia immigració, altres poden crear-se de nou que, sota una nova filosofia estableix una doctrina a seguir.

Cadascun de nosaltres té una espiritualitat manifesta, pròpia i única, que pot estar relacionada amb certes experiències viscudes, que a través del pensament l'han fet reflexionar, com a esser humà, i ha provocat modificacions dins de la seva intel·ligència espiritual, o han fet que s'aculli, com a mesura de protecció, a una determinada religió o fins i tot a grups sectaris que poden oferir una perspectiva distorsionada del camí que li cal seguir.

3.3 Diferents visions del tema espiritual

Panikkar (2011)[7] diu que la finalitat de la vida és caminar. Com a filòsof i religiós, ell ens obre un camí cap a la diversitat d'expressió de l'espiritualitat de l'ésser humà. Segons ell, les etiquetes no són ben bé representatives del pensament i evolució espirituals. Cada persona té un grau, diguem-ne diferent, una de l'altra. Si posem una etiqueta, és empobrir la seva manera de ser i de pensar. Cal deixar-la que s'expressi i la infermera podrà recollir la informació de la seva pròpia essència.

La religió ens dona eines amb riquesa espiritual, a traves de les creences. La filosofia de Panikkar ha estat capaç d'introduir-se dins de diverses religions. Aquest fet es constata en una de les seves conegudes cites: «Vaig marxa cristià, m'he descobert hindú i retorno budista, sense haver deixat de ser cristià», en què expressa el seu pensament obert cap a creences que poden conviure unes amb les altres com un valor afegit, en benefici de l'evolució espiritual de l'ésser humà.

7 Raimon Panikkar (Barcelona 1918-Tavertet 2010), de pare indi i hindú i mare catalana i cristiana, doctor en Filosofia, Ciències i Teologia. Ordenat sacerdot catòlic (1946).

Segueix manifestant que per religiositat no entén ni *religionisme*, que equival a un concepte sociològic de pertinença, ni *religiologia,* que es refereix al concepte doctrinal. Ell va més enllà, i ho entén com aquella actitud de l'ésser humà que és conscient de la seva relegació a tota la realitat, tant la divina, com la còsmica i la humana, i que cristal·litza en formes diferents, segons la cultura en què es viu.

Existeixen modes espirituals, algunes d'elles poden arribar a ser efímeres, altres en canvi són corrents que faciliten l'entrada a un camí de millora interior (Moreta, 2018). Estar viu vol dir reflexionar, indagar, qüestionar-se, desaprendre per tornar a aprendre. La reeducació del pensament, sens dubte, ens ajuda a gestionar la nostra vida. Cal saber aturar-se per poder trobar el sentit de les petites coses, cal educar la percepció. Les religions, sovint, poden tenir trampes d'absolutisme; en certa manera, aquelles respostes que ja et venen donades, des d'una visió estricta, tenen el risc que no et deixin evolucionar com a ésser humà i poder aconseguir fer el camí cap a l'espiritualitat desitjada.

3.4 L'espiritualitat a les cures

Olivé i Isla (2015) citen Watson, que considera l'espiritualitat com una necessitat humana, que de fet, no cal associar-la a una religió; ella incorpora aquest concepte a la dimensió corporal i mental. Així que les necessitats espirituals cal que estiguin previstes, bé siguin creients d'una confessió o d'una altra, o tinguin les seves pròpies creences quant a la seva espiritualitat.

Així és que, totes les persones són constitutivament espirituals, malgrat que no professin una determinada creença religiosa. Des d'aquesta dimensió espiritual, Ramió (2009) identifica les creences i els valors de les persones malaltes en el seu últim procés de vida. Cal afavorir l'expressió de la persona malalta, sobre els seus sentiments i les seves creences religioses i espirituals, només escoltant-la podrem tenir coneixement del que pensa, sent i necessita. S'ha de procurar respectar el principi de dignitat com a valor absolut per a cadascuna de les persones de les quals tenim cura.

Ramió (2005) ha observat en els professionals d'infermeria que, malgrat reconèixer que tenen molta importància les creences i els valors de la persona malalta, els costa tractar el tema de la dimensió espiritual,

és possible que tinguin alguna dificultat per poder mesurar-les i quantificar-les. Creu que cal facilitar eines perquè els professionals de la salut tinguin un suport ordenat, per tal de tenir ajuda en aquest tipus de cures, i puguin identificar les necessitats espirituals de la persona.

També ens comenta que les infermeres tenen creences i sentiments propis, però, si no els saben gestionar, poden influir en el seu treball diari de cara a la persona de la qual tenen cura. Fins i tot, les infermeres podrien entrar en conflicte amb els interessos del malalt o de la seva família.

3.4 El pensament espiritual: visió científica

Malgrat que la ciència es considera el màxim exponent del coneixement humà, encara no pot respondre a preguntes en certa manera bàsiques, i prou potents sobre el significat de l'univers i de la consciència humana. Ell creu que els científics poden estar orgullosos dels seus avenços, però és evident que, quan troben una resposta, seguidament sorgeix una altra pregunta per esbrinar. De moment la fe manté l'equilibri entre la ciència i la espiritualitat.

Alguns autors relacionats amb la psiquiatria apunten que hi ha una interacció entre la salut mental, la religió i l'espiritualitat (Verhagen, 2012). Sobreviure és una necessitat. La persona, a través del seu pensament, per poder sobreviure, busca refugi en les seves creences. S'emmiralla en algun model que li proporcioni visions verídiques i encertades d'allò que necessita. A vegades, es pot caure en el perill de provocar falses creences que poden aportar visions distorsionades de la percepció del món. Fins i tot, poden fer actuar la persona de forma negativa per a ella mateixa i per als altres.

Rubia (2015) ha escrit diverses publicacions sobre el cervell, i en una d'aquestes publicacions es refereix al cervell com a òrgan espiritual. Descriu els canvis que s'hi produeixen, en certs estats que provoquen l'increment de l'espiritualitat. Diu que el concepte d'espiritualitat és molt més ampli que el concepte de religió.

3.5 L'espiritualitat: visió més oberta i actual

Fins i tot els teòlegs manifesten que hi ha una intel·ligència espiritual innata en l'ésser humà i que cal desenvolupar-la a fi que aflori, ens capaciti i ens permeti avançar. És fonamental cultivar-la, ja que si s'atrofia podem arribar a perdre aquesta gran riquesa que és present en totes les persones, sigui quin sigui l'estat del seu cicle vital (Torralba, 2012).

Hi ha persones que durant un temps han format part de l'Església, però que després se n'han allunyat; altres encara se'n senten part perquè s'identifiquen amb el missatge cristià però tenen unes altres formes de viure'l i d'expressar-lo; també n'hi ha que mai no hi han tingut cap relació. Dins d'aquest corrent de nou coneixement i d'exploració personals produït per inquietuds espirituals, trobem persones que han tingut coneixement i influències d'altres tradicions religioses, però tampoc no han volgut formar-ne part, malgrat que igualment han adaptat certs costums que els han semblat coherents dins de les seves creences com a estil de vida propi.

Podríem dir, doncs, que hi ha persones que viuen «sense religió», però no d'esquena ni en contra del fet religiós o de la saviesa de les tradicions religioses. La seva espiritualitat no està deslligada de la seva saviesa, perquè en reconeixen el valor. Al mateix temps, veuen la necessitat de superar les estructures religioses, d'anar més enllà, però no només de les religions sinó, en general, dels paràmetres pels quals es regeix la societat occidental, amb els quals són molt crítics: defensen el valor de ser persona per damunt del materialisme de la cultura del fer i del tenir (De Ahumada, 2015).

3.6 Expressió de la fe en les creences

Sovint no pensem en el que significa l'espiritualitat. De ben segur que els dubtes sobre aquesta qüestió poden aparèixer en aquells moments en què la persona es pot plantejar el sentit de la seva vida, tant en allò concret de l'aquí com en allò que transcendeix més enllà d'un mateix. És molt important que en aquells moments en què es troba en una situació vulnerable la persona pugui sentir que té un suport i que tingui la possibilitat de poder expressar el que necessita per obtenir, senzillament, pau i confort.

Malgrat tot, el fet de tenir una fe «cega» pot tancar; no tot és racionalitat pura, cal que deixem fluir la capacitat de pensar de cadascú i de passar a l'infinit. La fe ens permet una obertura subjectiva per poder acceptar els misteris de la vida. Algunes persones viuen la religiositat com una estructura tancada que, a vegades, no els deixa fluir la seva verdadera espiritualitat a causa de pors i dubtes sobre les creences de la religió que professen.

La existència de cada persona té un efecte important dins de la família, dins de la societat, i sobretot, en el sentit de la malaltia i també de la pròpia mort. És sobretot en aquests dos últims punts que la dimensió de l'espiritualitat adquireix molta més força. Davant de greus problemes de salut, la persona es trasbalsa tota, no només el seu cos, si no també el seu esperit (Gimenez, 2013). És quan pot aparèixer un sofriment espiritual, dolorós i no desitjat .

> La religió no és un experiment, sinó una experiència de vida, a través de la qual es forma part de l'aventura còsmica.
>
> Panikkar (1918-2010)

4.Les creences des de diferents dimensions

4.1 Creences espirituals o religioses

És freqüent relacionar les creences amb la religió, malgrat que les creences no cal que siguin necessàriament espirituals o religioses. Es poden contemplar des de diferents vessants; és difícil emmarcar cadascuna d'elles individualment. Totes aquestes vessants tenen trets en comú que convergeixen entre si, i només se separen quan el contingut d'algun dels seus conceptes és extrem i no es pot compartir amb altres disciplines filosòfiques o religioses.

La religió ha estat present en totes les cultures, amb aportacions de rituals i simbolismes diversos. Duch (2001), com a monjo i antropòleg, fa referència a l'erosió del que es considera sagrat i creïble. Dona importància al símbol, i explica la diferència entre informació i comunicació com a estructura d'acollida, en detriment de les tres estructures tradicionals que fins ara han imperat en la nostra societat: família, ciutat i religió.

En l'actualitat hi ha un important flux de canvi, provocat pels corrents migratoris i la globalització mateixa, i que ens fa replantejar el concepte religiós de la persona de forma individual i ben diferent. La nostra societat es troba en ple procés de canvi cap al pluriculturalisme, que porta, en si, unes modificacions socials no sempre acceptades.

Val a dir que, quan tenim dubtes i ens manca la fe en allò que sempre hem cregut, és freqüent optar per noves creences elaborades a partir de dimensions filosòfiques i màgiques que poden ser raonables en alguns casos i en d'altres no. No tota creença extraordinària és una creença religiosa, hi ha més dimensions des d'on es poden manifestar les creences, algunes poden resultar desconegudes per molts de nosaltres. Podem trobar doncs, creences que es podrien considerar més mundanes, però, no per això deixen de ser importants per a la persona que les té.

4.2 Vessant antropològica

Vallverdú (2010) descriu unes experiències viscudes a Mèxic sobre la relació causa i efecte que aporten la curació i la conversió. La curació miraculosa és producte de la creença i l'efectivitat espiritual, i en alguns indrets propers encara és ben present. El fet de tenir fe i curar-se és un signe de fortalesa espiritual. La persona que no es cura ni millora significa que no hi creu prou, o bé que no està en pau amb Déu, i és possible que li calgui prendre medecines. Aquesta situació es pot percebre com una feblesa personal. És una creença vigent encara avui en dia en el nostre entorn, com a situació de purgar pecats o malifetes que s'hagin comès. Per obtenir més informació sobre aquest tema, i seguint el discurs antropològic, hem consultat Salazar (2009), que ha estudiat la irracionalitat de les creences religioses, no pas per curar els creients, sinó per comprendre'ls.

La superstició és una creença irracional que hom té i que li condiciona el futur, és a dir: la persona espera alguna cosa a canvi de practicar aquesta superstició (Barona, 1995). Podríem parlar també de mania, però aquest mot ja pertany al lèxic de la salut mental, com a expressió de *psicosi*, encara que és freqüent utilitzar aquesta paraula per designar els costums i comportaments poc habituals i persistents de la persona. Moltes vegades diem: «Aquesta persona està carregada de manies». Si aquestes manies són només costums arrelats que no interfereixen en la salut de la persona cal respectar-les, ja que això ens ajudarà a estar més a prop d'ella. Per tant, els costums no són manies: només representen la identitat de la persona, allò que anomenem

personalitat com a forma característica i habitual que cadascú té de pensar, sentir i comportar-se.

4.3 Vessant sociològica

Els canvis socials d'aquests últims anys desdibuixen algunes de les estructures socials. És possible que alguns hagin contribuït a atenuar la importància de les supersticions que han marcat la nostra cultura actual. Com podem veure, des d'aquesta perspectiva cultural, encara es mantenen costums i festes típiques tradicionals, en segons quins indrets, que van lligats a la religió i a les creences ancestrals, amb una implicació popular important. Altres tradicions estan relacionades amb el temps natural, els astres i els fenòmens meteorològics, així com amb esdeveniments històrics cabdals (Moya, 2014).

Camacho (2009) considera, segons alguns estudis sociològics, que l'evolució de la religiositat durant aquestes últimes dècades ha marcat un canvi profund a Espanya, país eminentment de tradició catòlica. [8] Aquests estudis evidencien que el grup de catòlics practicants ha anat disminuint i que el grup de catòlics no practicants ha augmentat. El col·lectiu de persones que manifesten no seguir cap religió també s'ha incrementat, encara que aquesta manera de sentir i de pensar no és sinònim de no tenir creences.

Dins d'aquesta llibertat de pensament, Camacho (2009) exposa que podem trobar persones que manifesten ser creients, com són els catòlics practicants o no practicants i els que, sense ser catòlics, pertanyen a grups on segueixen diferents doctrines o practiquen una altra religió. Altres es poden manifestar indiferents o no creients, com els agnòstics o els ateus. Per ajudar a la persona que s'està atenent, no cal preguntar a cadascuna d'aquestes persones si és religiosa o no, però sí que cal saber en quin sentit ho és, i com, de forma autònoma o amb ajuda, viu o vol viure la seva religiositat o les seves creences espirituals.

8 El territori espanyol, malgrat ser aconfessional, té una llarga tradició catòlica, la qual cosa fa que es conservi. Per exemple, els pobles i les ciutats tenen la seva festa pròpia, dedicada a la veneració d'un sant que gairebé sempre coincideix amb el patró de la localitat.

4.4 Creences de risc per a la salut

Trobem algunes religions que, portades a l'extrem, cauen en el fonamentalisme, considerat una representació radical de les creences religioses,[9] amb estructures rígides i inflexibles cap a tot allò que, per a les persones que les professen, representi un perill per mantenir la continuïtat de les seves conviccions. El fet de no complir amb rigor el que s'assenyala en la seva doctrina pot produir culpabilitat i desestabilització emocional en aquelles persones més febles.[10]

La por i l'angoixa apareixen quan els seus fidels intenten adaptar-se a entorns diferents i amb cultures diverses, i conserven, a vegades, un estil de vida que, en determinades situacions, pot ser limitant per a la seva salut (Jiménez-Ortiz, 2009). Cal allunyar-se d'aquesta situació, encara que, alguns cops són idees molt arrelades producte de la seva cultura, i que només aporten confusió espiritual.

Recordem que no només ens referim a les creences considerades religioses,[11] sinó a tot allò que comporta un estil de vida ordenat i sota la convicció del que un pensa i creu. Waal (2014), conegut primatòleg, teòleg i biòleg, ha publicat literatura sobre els comportaments dels primats, on assegura que, fins i tot les espècies estudiades tenen establertes conductes d'ordre social sobre el que és correcte o incorrecte, sempre en benefici del seu propi col·lectiu, mai com un esnobisme que per a ells no existeix.

El pensament és acció i determina la forma de viure de la persona, que té l'opció d'escollir de forma autònoma o amb ajuda el seu propi estil de vida. Els límits del que és desitjable o indesitjable, correcte o incorrecte estan marcats per les creences i valors propis, definits pels costums i l'entorn amb el qual la persona es relaciona. Algunes d'aquestes

---

9 En general, moviment religiós que sovint arrossega una forta càrrega política, que prescriu un dogma i una moral estricta que exclouen i ataquen qualsevol altra creença o codi moral, o qualsevol desviació respecte a la interpretació ortodoxa del dogma (Enciclopèdia catalana, 2014).

10 Sense anar més lluny, durant anys hem pogut veure com l'Església catòlica amonestava els seus fidels. Els inculcava el perill que, si les coses no es feien segons marcaven les seves lleis, passaven a la situació de pecat, la qual cosa podia ser terrible.

11 Tenir per certa una cosa no demostrada per la ciència, tenir fe. Fet de pensar i tenir una opinió. Confiar en una determinada forma de viure, de ser i de fer. Confiar en una persona com a referent. Ser fidel a les amistats i acceptar-ne les propostes.

creences a vegades poden ser limitadores, provocar resistències i afectar de forma definitiva les seves conductes i el seu comportament (Muñoz, 1995)[12].

> Hi ha creences que poden estar tan arrelades que cal adaptar-les a la nova situació de salut. Tot és una opció
>
> Riba i Buendía (2013)

12 Muñoz Moreno, S. (inèdit): «El método sistémico de Orientación Clinica del ser humano» *Orientación Clínica*, 1995.

5. Grups religiosos. Tradició i cultura

5.1 Confessions més habituals dins del nostre país

Una de les religions més abundants en el nostre entorn és la religió catòlica. Hi ha diferents tipus de seguidors, alguns són creients i practicants acèrrims, altres poden ser persones que tenen les creences més per tradició que per fe; malgrat tot, mai podem jutjar aquesta qüestió. Tal com diu Carod-Rovira (coord., 2016), «reconeixereu els pobles pel seu campanar». L'església de cada poble acostuma a ser un dels edificis més emblemàtics de la població, amb una arquitectura acurada i molt pròpia del lloc, algunes d'elles amb important valor històric. Cal pensar que en les celebracions de les festes típiques, hi ha acudeixen una nodrida part de fidels, alguns molt creients, i altres només com a seguidors de la tradició.

Moltes de les confessions més habituals en el nostre entorn creuen en un mateix Déu, però expressen la seva creença sota diferents interpretacions. Hi caben moltes possibilitats, unes guiades per la mateixa confessió o grup religiós, altres generades per tradicions culturals, familiars o personals.

5.2 Mapa de les confessions a Catalunya

L'estudi Idescat (2013)[13] presenta dades representatives dins de la comunitat del territori de Catalunya. És, però, difícil assenyalar dades exactes dels adeptes de les confessions no catòliques: cal pensar, que a diferència de l'Església catòlica, que des de gairebé sempre ha portat un registre acurat dels bateigs, casaments, comunions, enterraments, etc. dels seus feligresos, a les altres confessions hi ha manca de registres i sovint les dades no es poden comptabilitzar. En aquests casos el que es comptabilitza són els centres de culte, la qual cosa permet obtenir una aproximació amb dades prou significatives, per poder entendre la variabilitat de grups de fe que hi ha al territori:

- Cristianisme catòlic: 6.701
- Evangelisme: 657
- Islam: 231
- Testimonis de Jehovà (cristianisme): 126
- Budisme: 66
- Cristianisme ortodox: 52
- Hinduisme: 28
- Església Adventista Setè Dia: 23
- Església Jesucrist dels Sants Darrers Dies: 13
- Fe Baha'l: 12
- Sikhisme: 9
- Taoisme: 5
- Judaisme: 4
- Altres: 31

Un altre estudi[14] fet pel Departament de Governació i Relacions Institucionals i la Direcció General d'Assumptes Religiosos (2015) dona una visió actualitzada sobre la religiositat actual. S'han obtingut resultats que defineixen les condicions segons la població estudiada:

Un 55,1% declara tenir creences religioses, mentre que el 44,7% diu que no en té.

13 Institut d'Estadística, organisme oficial responsable de planificar, coordinar i gestionar el sistema estadístic de Catalunya. Esta adscrit al Departament d'Economia i Finances.

14 Per aquelles persones que vulguin completar aquesta informació, poden consultar: El barómetro sobre la religiosidad y mapa religioso de Cataluña 8/4/2015.

- El 52,4% es defineix com a catòlica.
- El 5% manifesta seguir una altra religió.
- El 18,2% de la població se sent com atea.
- El 12% és agnòstica.
- Un 48,8% dels creients diuen ser practicants, mentre que el 49,5% no s'identifiquen com a tals.

S'ha observat que el nivell de creences augmenta en funció de l'edat, i pot variar segons l'origen geogràfic. Curiosament, les persones nascudes fora de Catalunya i fora d'Espanya declaren ser més creients que les nascudes a Catalunya. Les manifestacions han estat variades, fins i tot, dins de cadascun dels apartats. Aquests resultats ajuden a constatar que cada cop hi ha més cultura religiosa i que les persones saben expressar el que senten i el que pensen.[15]

Aquest recull d'indicadors que, a mode de baròmetre, aporten resultats molt significatius, per ajudar a entendre la pluralitat de creences de la nostra societat. El nombre de centres de culte a Catalunya s'ha incrementat en dos anys: de 7.938 han passat a 8.061. Tot i que l'Església catòlica és la confessió amb més centres de culte (6.701), les confessions minoritàries ja arriben a 1.360 centres. Aquestes dades mostren les confessions minoritàries que tenen una important presència dins del territori català.

5.3 Grups confessionals: immigració i estils de vida

Cal tenir present que no sempre aquesta variabilitat confessional és a causa de la immigració. Per exemple, podem trobar persones, que tot i haver nascut dins d'una família catòlica, han passat a formar part d'algun altre grup de culte, bé per haver-se casat amb un membre d'una altra confessió o per haver fet un canvi de fe al llarg de la seva vida.

Algunes d'aquestes confessions poden resultar desconegudes per una gran part de la població, malgrat tenir un nodrit grup d'adeptes. Tot i, que els seus fidels formen part de la comunitat del país, és possible que el seu tarannà sigui discret: molts d'ells, solen ser molt curosos, i poc es pot intuir que tinguin arrelades certes tradicions culturals, vin-

15 En contraposició del que fa uns anys enrere hi havia, els pagans, els infidels i el catòlics. Malgrat que, avui en dia, com a postura de llibertat, algunes persones expressen: Jo no sóc creient.

culades a la seva religiositat, però que familiarment són preservades. També hi pot haver seguidors de confessions molt radicals, que poden presentar conductes limitadores per a la salut.

Gairebé es podria donar per suposat l'estil de vida dels seguidors d'algunes d'aquestes religions més properes, però això és una fal·làcia, ja que els rituals i tradicions no són sempre exactes. Aquests grups més desconeguts, sovint, quan arriben com a immigrants, malgrat les dificultats, s'adapten al nou lloc conservant la seva cultura i la seva fe. Poc a poc, aquesta manera de ser i de fer es va transformant al llarg dels anys. El fet de conviure en un nou país, la constant socialització, amb noves amistats, nous companys de feina, nous entroncaments familiars, es produeix una barreja que fa néixer una nova manera de viure, tot i conservant la seva tradició cultural, producte de les arrels familiars dels pares i dels avis.

A les infermeres els cal tenir presents aquestes diferències, que emmarquen les creences de cada persona o grup religiós, per tal de poder entendre i valorar l'estat de la persona d'una manera integral, donat que poden comportar determinats estils de vida i costums, alguns considerats sans, altres en canvi poden ser insans i poden afectar, fins i tot, la seva salut.

És important, doncs, conèixer l'estructura conductual que emmarca l'estil de vida d'aquelles persones que són seguidores de confessions o grups religiosos més desconeguts. Ens referim a tot allò que pot interferir o facilitar el seguiment del pla de cures. En cap moment li cal, a la infermera, entendre i conèixer en profunditat la religió o confessió que professa la persona que atén. Només cal saber escoltar-la, per saber el que pensa, i conèixer com la persona voldria viure la seva espiritualitat o condició religiosa malgrat les condicions generades pel seu problema de salut.

Per tant, és molt important que davant de certes situacions de salut, la persona pugui rebre unes cures que garanteixin en tot moment continuar les seves practiques religioses, i que en cap moment les seves creences i els seus costums puguin influir de manera negativa en el procés de cura.

> La persona més conscient, i amb més poder i millors condicions ha d'impulsar la dignitat de l'altra.
>
> Gandara (2008)

6. La malaltia com a fenomen físic, psíquic, espiritual i social

6.1 El fet d'emmalaltir

El pensament humanista diu que no hi ha malalties, però sí que hi ha persones malaltes. Quan una persona emmalalteix sovint es pregunta: «Per què m'ha tocat a mi, tenir aquesta malaltia?». El fet d'estar malalt comporta certs canvis adaptatius, que requereixen accions que impliquen la família i condicionen l'entorn.

En totes aquelles situacions cròniques i complexes no desitjades, la persona malalta es pot sentir com un element distorsionant, dins de la normal convivència familiar i social (Boixareu, coord., 2003). La lectura que es pot fer de la malaltia depèn de l'àmbit sociocultural on viu la persona, atès que hi ha molts elements que hi intervenen i influeixen en les cures: valors culturals i socials, creences religioses i espirituals. És important saber com pensa la persona de qui tenim cura i sobretot respectar els costums i rituals que emmarquen la seva pròpia identitat, juntament amb els trets de la seva cultura. Hem parlat de malaltia, però cal pensar que viure significa també morir.

Pot ser que la persona no conegui la seva malaltia, però, en definitiva, és ella qui la viu. Com a persona, li dona la seva pròpia empremta i, de ben segur, tindrà la manera de percebre i expressa el seu problema de salut. Cal que la faci seva i que sigui ella la responsable de la seva cura, el seu control o la seva millora. És evident que no en totes les situa-

cions serà possible i, si li cal ajuda, seran els seus familiars i/o cuidadors els que hauran de prendre part en les accions de les cures, a banda de la gestió del pla de cures de la infermera.

6.2 Cures integrals

Avaluar les necessitats de les persones i poder plasmar el problema des de diferents visions ajuda a fer un diagnòstic adequat a cadascú i planificar les cures segons el criteri clínic de cada professional. Cal recordar que la infermera té l'opció d'escollir la intervenció principal que és obligada a fer segons el problema, però hi ha altres intervencions adequades, segons el seu criteri clínic, que són considerades opcionals, que ajuden a assolir el resultat seleccionat.[16]

Leyva *et alii* (2014), en la seva publicació, fan referència a les creences i els valors, tant dels usuaris com dels professionals; consideren que aquests elements juguen un paper molt important en l'exercici de tenir cura, sobretot en aquelles persones que tenen malalties estigmatitzades. En la cura, cal ser creatiu i cal donar cabuda a l'ensenyament i a l'aprenentatge, i també a la satisfacció de les necessitats humanes, considerant la part fenomenològica existencial i espiritual. A més, convé afavorir el suport i l'ajuda per aconseguir la guarició o el control del procés de malaltia.

El criteri holístic enriqueix la capacitat de tenir cura. No hem d'oblidar que, com a unitat, s'és cos, ment i esperit. El dolor espiritual no atès pot interferir en el pla de cures. Cal, doncs, preocupar-nos de les necessitats espirituals per fer una atenció integral. L'Organització Mundial de la Salud (OMS), en diversos informes, fa referència a l'atenció integral que cal fer a la persona durant tot el seu procés de malaltia.

16 NANDA, NOC i NIC són tres classificacions de la taxonomia del llenguatge infermer: sobre el diagnòstic infermer, els resultats com a objectius de la persona i les intervencions per fer l'abordatge del problema identificat. Aquestes etiquetes ajuden a integrar els coneixements i a gestionar les cures.

6.3 Diferents opcions de viure la malaltia

Hi ha persones que quan se senten cansades i han perdut l'esma, els sembla que ja estan a l'ultima etapa de la seva vida, i per exemple desestimen sortir al carrer; cal considerar que és la seva opció. Malgrat tot, al pla de cures s'hauran de preveure noves estratègies adients, d'acord amb la persona i la família, per tal que no decaigui i pugui conservar cert dinamisme, que li permetrà evitar complicacions freqüents dins de la inactivitat.

Hi ha centres de dia, que donen assistència a totes aquelles persones que vulguin continuar vivint a casa seva, però que durant unes hores poden fer activitats que els ajudin a mantenir-se actives i afavoreixin la seva socialització, malgrat les dificultats pròpies de l'edat avançada o d'un problema de salut amb certa dependència. Per a aquelles persones que no vulguin anar a un centre de dia, però que sí que poden sortir acompanyades d'un cuidador formal, seria necessari motivar-los per visitar museus, caminar pel seu barri o parlar amb els veïns, per tal que no perdin la capacitat de relacionar-se amb els altres, i per evitar així el risc d'aïllar-se de la societat.[17]

Hi ha un gran ventall d'opcions que poden ajudar la persona a viure molt millor el seu problema de salut. Si la persona és a casa seva serà més fàcil poder respectar-ho, perquè esta dins del seu entorn. Però si la persona és resident en un centre, és més difícil recrear el seu hàbitat anterior, caldrà, per part dels seus cuidadors, ajudar-la a retrobar un nou ambient que li sigui còmode per a ella.

> La cura feta amb amor (Caritas), va molt més enllà de les nostres mans i de la nostra pròpia raó, va molt més lluny de tot.
>
> Watson, 2006

---

17 Hi ha serveis d'acompanyament, taxis adaptats i serveis municipals de transport que permeten la mobilitat.

7. La persona malalta: creences i estil de vida

7.1 Humanització de les cures: creences

Cal recordar que el mot *creença* no sempre es refereix a creença religiosa. Cal evitar l'ambigüitat i fugir dels estereotips que encara estan vigents dins de la nostra societat. És un fet cultural i social el canvi que ha sofert la nostra població quant a les creences religioses.

Fins fa poc es considerava la condició de ser creient o no creient, és a dir creure en Déu o no creure-hi. Els que no seguien la religió catòlica eren, fins i tot, mal vistos. Ara, per sort, la immigració i la nova obertura de l'Església mateixa cap a una humanització de les creences han facilitat, en certa manera, altres possibilitats d'espiritualitat menys radicals i que comencen a estar molt més esteses entre nosaltres.

A banda de la religió i de l'espiritualitat, hi ha moltes més opcions de pensar i de creure, hi ha creences relacionades amb la persona en si o amb el seu entorn. Té molta importància la forma en què ens presentem als altres, el vestit, els colors, les joies, el pentinat, fins i tot per segons quines persones, pot ser tot un ritual la manera de comportar-se, de moure's o de caminar; és la seva identitat.

També cal tenir present el que li agrada fer o escoltar a cadascú; conèixer quina música[18] o lectura[19] prefereix una persona i aconseguir que hi tingui accés pot ajudar a millorar el seu estat d'ànim. Podríem enumerar moltes més coses de les quals no ens adonem i que poden ser importants per a ella, sobretot en certs moments de la seva vida.

7.2 El pla de cures individualitzat

Tothom vol ser tractat de la millor manera, i, a més, és possible que cadascú tingui preferències sobre les cures que desitja segons la seva manera de ser. Hi ha certs tabús derivats de la cultura familiar de cadascú o fins i tot adquirits al llarg de la vida, com supersticions (algunes prou arrelades), que a la infermera li cal tenir presents abans de planificar les cures, sempre que no siguin limitadors per la salut del pacient.

Cal pensar que fins i tot en una mateixa persona, les creences, els valors, les costums, no són inamovibles, poden fluctuar durant el seu procés de vida. Les seves experiències, així com la seva evolució com a ésser humà, li poden fer modificar les seves conviccions (Campo *et alii*, 2000).

A les infermeres, com a agents de salut, els interessa la creença de l'altra persona, i no només la religiosa, també els cal saber altres qüestions relacionades amb la seva vida, la família, la salut i l'entorn on viu. Els continguts de les obres publicades per diferents autors vinculats a les persones malaltes, a les cures espirituals, a l'ètica de l'art del cuidar i al coneixement de la seva manera de viure poden servir de referents, per situar el professional d'infermeria i vincular el seu treball de cures a noves perspectives, segons les necessitats i forma de pensar de les persones que estan atenent.

18 Cal preguntar a la persona quin estil prefereix, no a tothom li agrada el mateix.

19 En aquells casos que la persona no te capacitat per llegir, poder tenir un acompanyant que faci de lector, és un bon entreteniment.

7.3 Cultura i estil de vida

Cal entendre com es desenvolupa l'estil de vida de la població, ja que cada vegada és més diversa pel que fa als aspectes culturals, religiosos i socials, que marquen creences i valors molt diferents i que hem de tenir presents.[20] McFarlard (2011) descriu la definició que, com a infermera, fa Leininger sobre el concepte cultura, considera que cal incloure dins d'aquest concepte els valors, les creences, les normes, els símbols, les pràctiques i la manera de viure de les persones.

Cal pensar que cada grup, institució o família presenta maneres diferents de viure. El seu estil de vida és après o compartit, i transmès d'una generació a l'altra, la qual cosa és respectada. Aquest fet succeeix tant en persones de cultures occidentals com orientals, atès que inclou molts factors holístics. Entre aquests factors hi ha el punt de vista de cadascú, les estructures socials, el llenguatge, les cures genèriques i professionals, les etnohistòries i el context ambiental. El coneixement de la persona, a través de l'observació i de les seves expressions, ajuda a valorar i a sistematitzar les cures i a fer-les més funcionals, en adaptar-les a la seva pròpia cultura i manera de ser.

7.4 Diversitat social

Dins d'aquesta societat plural on vivim, cada cop hi ha més situacions socials que emmarquen una nova manera de ser i de pensar; creix una diversitat de creences religioses o no religioses. Ens trobem davant de noves formes socials de viure que no són producte de les creences pròpies sinó de les noves estructures que emergeixen, les quals provoquen canvis en la forma de pensar i d'entendre la vida, amb visions i valors ben diferents. Fins i tot, dins d'una família poden conviure diversos costums, i cadascun dels seus membres pot tenir diferents creences i valors, malgrat que tots ells pertanyin a la mateixa arrel familiar, la qual cosa pot afectar la gestió de les cures si les persones no tenen la possibilitat d'expressar el que senten i com viuen la seva situació de salut.

20 Com a expressió col·lectiva a través de patrons de comportament adquirits, i retransmesos socialment per símbols que aglutinen els costums, les tradicions i el llenguatge.

Val a dir que, en les societats desenvolupades, gairebé la meitat de les famílies formen part de nous models familiars. Podem trobar les situacions següents:

- Separacions matrimonials, en què cada membre de la parella passa, en moltes ocasions, a formar part d'una nova unitat familiar. És possible que convisquin els fills de l'anterior i de l'actual parella junts en una mateixa llar. Aquesta situació, a vegades, comporta un entramat de vincles familiars gens fàcil de copsar pel professional de la salut.
- Nou estil de vida de la parella, amb un canvi en el concepte de la convivència. A vegades, ens trobem amb parelles que prefereixen viure separades i només s'ajunten els caps de setmana.
- Famílies monoparentals, producte de divorcis, viudetat, o de persones que volen tenir fills sense compartir parella.
- Aparellaments de persones del mateix sexe, en els quals la maternitat biològica o l'adopció d'un fill dona un gir a la concepció tradicional del nucli familiar.
- Unitats familiars amb diferents situacions interculturals, on cadascun dels membres pot tenir les seves pròpies creences, tot i respectar-se mútuament entre ells.
- Gent gran que viu sola per diferents raons; ho trobem, sobretot a les zones urbanes. Són persones que han viscut en parella, però que ara han d'aprendre a enfrontar-se a una nova situació desitjada o no desitjada, com la separació conjugal, viudetat, o internament de la parella per malaltia en un centre.
- Persones que s'han quedat sense família, i per la seva nova situació no poden viure sols, per tant els cal conviure amb fills, germans, nebots, i en algun cas, amb un amic. Al ser una nova unitat familiar, les creences i costums poden ser ben diferents, cosa que pot afectar l'adaptació d'un i dels altres.

- Membres d'ordes religiosos considerats com un beneficiari més.[21] És important conèixer-ne els costums, segons les regles de la seva comunitat, els quals, sens dubte, s'hauran d'alterar en aquells problemes de salut que ho recomanin.

En les societats desenvolupades, aquesta diversitat cultural i social és ben palesa, ja que gairebé la meitat de les famílies formen part dels nous models familiars. Cal tenir present la persona, però sempre dins del seu context familiar o social. Es poden afegir nous girs de la situació actual viscuda per la persona, reflectint aquells canvis, que representen el present, i que es poden produir per cansament, emocions alterades, manca de motivació, més altres motius, prou importants, que cal esbrinar i que poden alterar la seva salut.

> La psicologia humanista s'identifica amb la perspectiva holística, i afirma que l'ésser humà es pot explicar millor com un tot integral i organitzat, més que com una sèrie de parts organitzades.
>
> Riba i Buendia (2013)

21 Segons les noves regularitzacions de l'administració com a usuaris del sistema sanitari públic, En canvi, fa pocs anys els atenien el metge i/o la infermera de la mateixa comunitat on vivien, o algun professional sanitari que ja tenien assignat.

8. Qualitat i ètica en les cures

8.1 Aconseguir l'apropament a l'altra

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en diversos informes, fa referència a l'atenció integral que cal fer a la persona durant tot el seu procés de malaltia. Cal pal·liar el dolor físic, psíquic, espiritual i emocional. És l'empatia que, com a eina necessària d'apropament, facilita a la infermera l'ajuda cap a l'altre. La comunicació verbal o no verbal i també el tacte fan que es puguin percebre i comprendre els sentiments i les emocions de la persona malalta. Fins i tot la infermera mateixa, amb un sentit altruista, pot ser capaç de sentir el dolor i la preocupació de la persona de qui té cura.

Duch (2010) manifesta que la paraula és el conjunt de les expressivitats de l'ésser humà, que inclou l'oralitat, però també inclou altres llenguatges: corporals, insinuatius, al·lusius, elusius, i el mateix silenci, que també és una expressió (no s'ha de confondre amb el mutisme). La infermera utilitza la seva expressió oral i l'escolta activa com a instruments de comunicació cap a l'altre. Cal pensar que no tots tenim la mateixa capacitat de comunicació, però sí d'emmalaltir. Les cures han d'arribar a tothom, malgrat les seves mancances sensorials.

Saber escoltar i respectar les expressions de la persona malalta és un deure i un repte per a la infermera. Torralba (1998 i 2002) ens ofereix dues publicacions sobre l'art de cuidar i altres temes relacionats amb l'ètica i els valors espirituals. En tota acció assistencial cal prestar atenció, complementant l'acció tècnica, a la realitat de la persona que s'està atenent.

8.2 La dimensió ètica i moral de la salut

Per tenir cura es requereix una estreta connexió entre la salut i la manera de viure, i també de morir de la persona, segons les seves creences i els seus valors. Cadascun de nosaltres hauríem de reflexionar com volem viure, però també com voldríem morir. Cada persona pot tenir una percepció diferent de la qualitat de vida segons la seva cultura i la seva escala de valors, en ocasions individuals, la qual cosa fa que els seus objectius estiguin fonamentats amb expectatives, normes i inquietuds pròpies. Cal afavorir l'expressió dels sentiments i de les creences religioses i espirituals. S'ha de procurar respectar el principi de dignitat com a valor absolut. Aquest valor pot ser ben diferent per a cadascuna de les persones de les quals tenim cura.

El document elaborat pel Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya (2013) descriu com s'ha d'abordar el tema de les creences i els valors en la gent gran. Per tant, hem d'intentar recuperar aspectes importants que ens cal saber de la persona que tenim cura, sobretot quan viu sola.

És necessari preguntar-li per la persona de confiança, familiar o amistat amb qui cal contactar en cas d'haver de prendre decisions. També hem de saber si hi ha alguna persona a qui no vol informar i si desitja o no assistència religiosa i quin tipus de cerimònia voldria en cas de defunció. És important saber si vol fer donació d'òrgans. És possible que sorgeixin altres aspectes que també li poden preocupar, com qui haurà de tenir cura dels seus animals domèstics o de les seves plantes perquè se'ls pugui atendre quan aquesta persona ja no pugui fer-ho, per manca de forces, o bé per haver traspassat.

Torralba (2008) fa tota una declaració d'intencions envers les diferents actituds que una persona pot tenir en els últims dies de la seva vida, actituds que poden ser de la mateixa persona o del familiar que l'està cuidant. Torralba ens continua manifestant que és difícil poder

descriure les actituds davant la mort. Parteix de la base que cada persona és un món i que gairebé és impossible exposar l'estat d'ànim, les passions i els patiments secrets que suscita la inquietant presència de la mort. Algunes persones que creuen que s'han preparat per a aquest procés, quan arriben aquests últims moments, no l'afronten com desitjaven. La vida en si sorprèn i desconcerta. La mort és indefugible, malgrat que, com a part de la vida, també ens sorprèn i ens desconcerta.

8.3 Paper de la infermera a les cures

Cal sensibilitat i una actitud observadora per valorar la situació en què es troba la persona que s'està atenent, per poder-la ajudar integralment en les seves necessitats espirituals i entendre que hi ha diferents camins i tradicions, religioses o no, que sens dubte, afecten a la trajectòria de la seva vida. Cal, doncs, que les infermeres es preocupin de les necessitats espirituals per fer una atenció integral. El dolor espiritual no atès pot interferir en el pla de cures.

Meleis (2010), en la seva teoria de les transicions de la persona, observa els canvis que aquesta pateix al llarg de la vida i que tenen relació amb la seva situació de salut. Aquests canvis queden afectats per uns inhibidors o facilitadors, com són les actituds personals i les creences culturals que, entre d'altres, ens cal conèixer. Aquesta persona té la seva pròpia manera de pensar i de creure, que cal respectar, sempre que no sigui limitadora i insana.

> El fet de tenir cura requereix que s'apreciï la interdependència humana. Tots som iguals, en el sentit que tots necessitem atenció, en un moment o altre de la nostra vida.
>
> Tronto (2018)

9. Respostes de la persona davant de diferents situacions de salut

9.1 Respostes davant de la situació de fragilitat

En la humanització de la salut, es treballa la dignitat i la pluralitat de la persona. Davant de situacions de fragilitat que comporten dependència, cal tenir present com volen ser tractades aquestes persones. Les cures han d'estar focalitzades a cada individu, per poder oferir l'ajuda que cal a cadascú, i aconseguir tenir les necessitats cobertes.

Malgrat que, en certs moments temporals de la vida de la persona malalta, la feblesa i els dubtes fan trontollar les seves creences, és aquí on li cal aquesta ajuda. Si aquesta necessitat està coberta s'enfortirà la seva voluntat, augmentarà la seva motivació, optimitzarà la seva capacitat de resiliència, així com obtindrà l'apoderament necessari per involucrar-se en el pla de cures proposat per la infermera o acceptar-lo d'una manera més directa.

Cal matisar el concepte de cada una de les respostes individuals que podem esperar de la persona a qui oferim l'ajut. En el pla de cures, sigui quin sigui el problema de salut, la valoració de la motivació, la resiliència i el poder d'aquesta persona i/o del seu cuidador, serveixen per situar la infermera perquè pugui realitzar aquelles intervencions adequades al grau de resposta.

9.1.1 La motivació

És la resposta de la persona, que afavoreix i l'adherència al tractament i el control del seu problema de salut. Ajuda a acceptar las responsabilitats de les seves accions i augmenta la capacitat per realitzar-les, i com a resposta genera poder.

Cal tenir present que la motivació com a resultat pot fluctuar (Lluch, 2013) i sobretot dependrà de l'estat emocional de la persona malalta. El pensament positiu ajudarà la persona a canalitzar la motivació, i aconseguir-ne un grau òptim per poder incrementar la força que li cal per seguir endavant amb el seu projecte de vida.

9.1.2 L'apoderament (*empowerment*)

És un mot que equival a fer poderós o fort un individu o grup social desafavorit. En un sentit general, es refereix a l'habilitat de la gent per saber comprendre, controlar i decidir. Ens referim a salut, a un procés mitjançant el qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten el seu problema de salut i vida personal (Rodríguez-Beltran, 2009).

Aconseguir que la persona malalta se senti apoderada i compromesa amb la seva situació de salut ajudarà a augmentar la seva motivació, que facilitarà el bon compliment de les prescripcions de les cures, així com del tractament farmacològic, i aconseguirà millorar els resultats de benestar i comoditat. Segons NANDA (2012-2014) el poder es pot entendre com una resposta i l'apoderament com una intervenció.

9.1.3 La resiliència

És un altre concepte que s'utilitza sovint a les cures; val a dir que està lligada al poder. Del verb llatí RESILIO (inf. RESILIRE), té diferents significats, segons el context a què ens referim. El concepte de personalitat resistent (*hardiness*) apareix per primera vegada a la literatura científica de Kobasa i Maddi (1982). En psicologia, es refereix a la capacitat o poder de les persones o grups, per aconseguir sobreposar-se al dolor emocional i continuar amb la seva vida (Kobasa, 1979).

Cada persona pot tenir diferents opcions entre les quals pot escollir, que l'ajudaran a mantenir la posició adequada per evitar desequilibrar el seu procés de salut. Per tant, és necessari que reconegui el seu propi poder davant el canvi, i que el pot conduir a enfortir o afeblir la seva conducta.

9.1.4 La por

És una emoció provocada per la percepció d'un possible perill o risc; ens pot donar inseguretat i dubtes que provoquen dificultat per prendre decisions, manifestats per una constant incertesa.

La incertesa és un resultat producte de la por; com a estat de dubte, pot generar en moltes persones una situació estressant no desitjada. Sentir por no sempre és un signe de debilitat, malgrat que no sempre és cert. Un grau d'incertesa és tolerable, ja que comporta el record d'altres experiències semblants, pròpies o conegudes. Algunes d'elles poden provocar un efecte negatiu no desitjat, manifestat per postures i actituds defensives que exerceixen un poder negatiu (Rodríguez-Beltran, 2009) i que poden donar lloc a malestar i ansietat; fins i tot es pot arribar a la depressió.

9.2 Respostes adaptatives al canvi

La por i la incertesa poden ser entrebancs que fan afeblir la resposta de la persona, però, en la seva justa mesura, afavoreixen els humans a controlar diverses situacions de la seva vida, entre elles, els problemes de salut. Per tant, no sempre són respostes negatives, ja que ens alerten d'una situació desconeguda (Reeve, 2010) i ens ajuden a gestionar i a exercir el poder, amb l'objectiu d'adquirir la força i l'energia necessàries per decidir acceptar la situació o tenir la voluntat per efectuar el canvi i/o l'adaptació.

Els conceptes de poder i de resiliència són respostes d'afrontament i de tolerància a l'estrès enfront dels esdeveniments i processos vitals. Sovint, la persona malalta o el mateix cuidador no són capaços de predir amb precisió els resultats que s'obtindran a curt o a llarg termini, sobre l'evolució i control del procés de la seva malaltia. Aquest desconeixe-

ment pot produir un cert estat d'incertesa, expressat per una por justificada davant d'una situació no desitjada.

Riba *et alii* (2014) fan referència a Merle H. Mishel (1990), sobre la seva teoria de la incertesa davant de la malaltia; aquest autor la descriu com un estat cognitiu que ajuda a la interpretació dels fets sorgits amb l'inici d'un problema de salut. Les creences i els pensaments positius poden ajudar a reinterpretar aquesta incertesa i a reconvertir-la en il·lusió amb nous objectius que millorin la qualitat de vida, amb el desig d'un estat de contínua certesa i predicibilitat.

Les creences i valors poden ajudar que la persona pugui viure la seva salut, sota determinats condicionants que li aportin actituds positives que millorin el seu benestar i la seva qualitat de vida. Quan la salut es torna feble, sens dubte, cal acceptació del problema i mantenir unes rutines sanes, que afavoreixin una millor resiliència, augmentin la motivació, facilitin l'apoderament i l'adherència al tractament. A la infermera li cal conèixer la persona que està atenent, per poder ajudar a potenciar, si s'escau, aquests valors, per tal d'establir un pla de cures amb objectius reals i opcionals segons cadascú.

Per motivar cal estar motivat.

Lluch (2013)

10. La filosofia a les cures: el poder de la infermera

10.1 Orientació filosòfica a les cures

Al llarg dels anys, el poder de la infermera a través de la seva filosofia de les cures, ha anat adquirint nous perfils aportant més coneixements. Nightingale (1820-1910) a la majoria dels seus escrits, deia que les infermeres havien de treballar per la persona malalta, i que elles són les que tenien la capacitat i el poder de gestionar i vigilar les cures, tenint present, en tot moment, les preferències de la persona segons les creences i valors que pugui manifestar.

Cal pensar que dins de membres d'una mateixa confessió, hi ha característiques individuals relacionades amb el tarannà de cada persona que poden contribuir a fer que algunes d'elles es mantinguin saludables, fins i tot sota situacions límits de malaltia o d'estrès. Malgrat tot, no sempre passa: alguns estils de vida provoquen situacions insanes que poden afectar la salut de la persona.

El fet de conèixer el que pensen unes i altres ens ajudarà a entendre les bases del desenvolupament i benestar humà (Rojas, 2010) i ens facilitarà establir un pla de cures individualitzat, d'acord amb les seves creences i el seus valors. Muñoz (1995) basa el seu treball en les àrees bàsiques funcionals de l'ésser humà. Descriu com les creences es rela-

cionen amb el pensament, influeixen en les emocions i actuen sobre la fisiologia de la persona, la qual cosa dona com a resultat el seu comportament, que pot afectar la seva salut.

La conducta humana pot ser incerta i variable; hi ha creences malsanes que són limitadores i unes creences saludables o funcionals que van lligades als pensaments de la persona, que alhora, segons el contingut, també es poden convertir en malsans o saludables. El resultat de les creences i dels pensaments són les emocions, que poden alterar-se per defecte o per excés, i aportar beneficis o alteracions, depenent de la capacitat de gestió de les mateixes, aconseguint afectar a la fisiologia de la persona, amb el risc d'afectar la seva salut, poden arribar a emmalaltir.

10.2 Algunes referents de models holístics

Les teories i models d'infermeria, amb una visió humanística, reflecteixen diferents filosofies que han aportat criteris sobre com cal abordar el que pensa la persona. Sens dubte, al llarg dels anys han donat a la infermera, com a professional, la capacitat, la força i el poder a la gestió de les cures.

Benner (2008) en una de les seves conferencies, va manifestar que la excel·lència de la formació en infermeria, requereix una visió molt més àmplia, filosòfica i reflexiva. No es pot confondre la pràctica amb la ciència. Un mateix problema es pot veure en abstracte, però, en la pràctica, és diferent si tenim en compte que persones malaltes amb un mateix problema poden evolucionar amb rangs ben diferents. En la seva exposició va sostenir que una infermera experta és capaç d'atendre de forma individual i que pot objectivar la situació real de la persona i, a la vegada, saber diferenciar el pensament clínic de la pràctica clínica.

Watson (2008) diu que és necessari connectar el que és social amb el que és espiritual. Les emocions no són sinònim de raonar, encara que sí que són necessàries per viure, i fan falta com a respostes emotives per poder raonar. Les emocions són expressades de diferents maneres, segons cada persona i segons cada cultura. Mal gestionades poden destruir la racionalitat. Proposa ajudar la persona, qui rep les cures, a recuperar l'harmonia entre la ment, el cos i l'espiritualitat, amb la finalitat de trobar la força necessària per superar la situació de malaltia i aconseguir sentir benestar, sigui quin sigui el seu problema de salut.

Ella considera que les emocions mal gestionades poden afectar la manera de pensar, i destruir la racionalitat amb el risc d'alterar la salut. També manifesta que a la infermera li cal conèixer les respostes emotives de la persona atesa. En el seu paradigma proposa una manera natural de tenir cura, amb un enfocament que incorpora valors sobre l'amor universal i la consciència caritativa. Les cures integrals, relacionen la salut i el que és social de la persona amb la seva espiritualitat (Riba, Buendia i Fabrellas, 2008).

La filosofia de Henderson (1971) basa les cures en el poder de la infermera i en la seva capacitat per ajudar que l'individu sa o malalt pugui realitzar aquelles activitats que contribueixen a recuperar i mantenir la seva salut, i que realitzaria sense ajuda si tingués la força, la voluntat i el coneixement necessaris per fer-ho. Tanmateix podem citar Leininger (2002) com a líder de les cures transculturals.

10.3 Sentit professional de les cures integrals

La infermera, durant el procés de cures, ofereix el seu poder i la seva credibilitat, que malgrat la seva compassió, facilita el grau de confiança necessari per donar el suport suficient a la persona malalta i al seu cuidador: ells esperen molt d'ella. La persona malalta amb un problema complex, sovint, se sent voluble, feble, amb por, incertesa i molt possiblement angoixada. Cal recordar que en cap moment la infermera utilitzarà l'empatia per manipular les persones de qui té cura, per tal que facin el que no volen fer, sinó per comprendre el que realment són, el que senten i el que desitgen.

Cal que la infermera tingui en compte l'entorn familiar i/o de cuidadors, el dia a dia, per valorar si ha mancances per diversos problemes, com són els recursos, disponibilitat, comunicació, no acceptació del problema, etc. Alguns estudis confirmen que aquells cuidadors que demostren empatia, calor humà i comprensió obtenen més bons resultats en les seves intervencions; els és més fàcil detectar els freqüents canvis emocionals que poden influir la salut de la persona de qui tenen cura. Cal trobar els espais de cooperació i sincronia (Bourret, 2011). Si arribéssim a dominar l'altre, es podria generar por i manca de motivació (Vanderspank-Wright, 2011).

Rifa i Espinosa (2018), a la seva publicació sobre el llenguatge infermer, afirmen que la infermeria és una disciplina que considera la persona com un conjunt biopsicosocial i cultural. L'estructura de la societat és canviant i cada cop és més heterogènia. Les necessitats de les persones es modifiquen, sorgeixen noves opcions d'estils de vida, on són presents la cultura, l'espiritualitat i altres variables socials. Cal, doncs, que les infermeres siguin capaces d'abordar les cures preveient aquests nous canvis socials, des de la visió holística, per donar un suport integral a la persona malalta i al seu cuidador.

Un grup de professionals d'infermeria, assistencials a diferents unitats de Sant Joan de Déu (Bosch *et alii*, 2018) han fet una publicació sobre com aconseguir que la persona malalta mantingui un confort òptim, que l'ajudarà a tenir benestar i comoditat, per tal d'obtenir alleujament, tranquil·litat i transcendència. És important tenir present l'estat de la persona, en relació amb el seu estat físic, psicoespiritual, ambiental i social. En aquesta publicació citen Kolcaba, que reafirma que el confort s'ha d'obtenir com a complement a l'assistència clínica, des d'un prisma subjectiu percebut a través de les cures que rep la persona i d'una perspectiva humanística, holística, multidimensional i interdisciplinària per part de la infermera.

Val a dir que de la investigació constant sorgeixen nous models conceptuals que permeten la pràctica clínica de les cures, adaptant-se a les necessitats que cal treballar. Les empreses acostumen a valorar i decidir quin és el marc conceptual que com a eina de valoració s'escau millor en el seu centre, per dur a terme la gestió de cures segons l'entorn, perfil de la persona, i dels processos de salut que més habitualment són atesos.

> Tenir cura té a veure amb cada aspecte de la vida: té una perspectiva holística.
>
> Busquets, *et alii* (2018)

11. Abordatge de les creences i els valors al pla de cures

11.1 Cures humanístiques

Una part del treball de la infermera està basat en la preparació de tècniques amb criteris biomèdics, encara que les seves intervencions autònomes van implícites en la qualitat essencial de la seva manera de ser i de fer, dins de les cures humanístiques. Recordem que la filosofia de la pràctica infermera té en compte tenir cura de la persona de manera holística, fent una valoració global, incloent-hi el cos, la ment i l'esperit.

Cada persona pot tenir una percepció diferent de la qualitat de vida segons la seva cultura i la seva escala de valors, la qual cosa fa que els seus objectius estiguin fonamentats amb expectatives, normes i inquietuds pròpies, molt diverses entre uns i els altres. Cal afavorir l'expressió dels seus sentiments i de les seves creences religioses i espirituals, s'ha de procurar respectar el principi de dignitat com a valor absolut.

Cada vegada hi ha més diversitat cultural, amb creences pròpies, individuals, familiars i de grups;[22] per aquest motiu cal proporcionar cures individualitzades, centrades en cada situació particular, abor-

22 Religiosos i/o ètnics.

dant-les en els diferents àmbits assistencials, com hospital, atenció primària, o altres centres[23] dedicats a l'atenció de la persona amb problemes de salut, de curta o de llarga estada.

11.2 Pràctica infermera

Olivé i Isla (2015) consideren que les corrents teòriques de les cures van evolucionant, per adaptar-se cada cop més a una nova societat amb estils de vida ben diferents, que marquen creences i valors diversos. La reflexió i el compromís de millora són necessaris, per tal de facilitar el canvi i adaptar les cures, a l'ara i a l'avui. Descriuen Watson com una gran creadora d'un paradigma evolucionista i adaptat a l'època actual, des la dimensió integral.

La infermera, com a agent de salut, cal que aporti totes les dades clíniques objectives i subjectives sobre la persona que cal tractar, per fer una valoració i establir el pla de cures adequat. Aquest coneixement qualitatiu ajudarà a comprendre què pensa la persona malalta de la seva situació de malaltia. Per a les infermeres és molt important conèixer la relació amb la seva família i el seu entorn. Cal atendre amb rigor les qüestions ètiques que se li puguin plantejar i que, a vegades la persona malalta no pot expressar o no s'atreveix.

11.3 Suport a les necessitats de la persona malalta

En certes situacions complexes és possible que aquesta persona tingui preocupació per dubtes relatius al sentit de la vida i de la mort, a la reconciliació amb un mateix i amb els altres, i d'altres que es poden presentar, tant en persones amb conviccions religioses com en les que no en tenen. És un espai de temps que pot arribar a ser viscut de manera angoixant, o es pot intentar que es visqui amb comoditat sense patiment espiritual, per tant en les cures:

- cal ser respectuós a l'hora de considerar les decisions de la persona malalta, encara que siguin diferents a les que, en la mateixa situació, potser la infermera hauria pres. L'objectiu de les cures és ajudar-la en el seu procés de salut, tant dins del rol professional autònom com del delegat.

23 Cures geriàtriques, cures pal·liatives, cures de salut mental, cures de rehabilitació.

- Cal pensar que les persones són molt diferents les unes de les altres, hi influeixen molts condicionants que poden evolucionar al llarg de la seva vida i, fins i tot, poden variar en un mateix procés de malaltia (Menéndez, 2009). Per aquesta raó, no es pot etiquetar la persona en una sola observació, ni estandarditzar un pla de cures. És necessari individualitzar i dur a terme una valoració integral de la seva situació de malaltia (Molas, Brugés i Garcia, 2011).
- Cal ser creatiu i donar cabuda a l'ensenyament i l'aprenentatge, i també a la satisfacció de les necessitats humanes, considerant la part fenomenològica existencial i espiritual. A més, convé afavorir el suport i l'ajuda per aconseguir la guarició o el control del procés de malaltia. El criteri holístic enriqueix la capacitat de tenir cura. No s'ha d'oblidar que la persona és una unitat; és cos, ment i esperit.

11.4 Models d'infermeria més utilitzats per les infermeres del nostre país

Hi ha diferents models filosòfics d'infermeria que emmarquen com s'ha d'avaluar i conèixer la persona, per poder emetre un judici clínic i planificar el pla de cures. El model conceptual de Henderson és utilitzat per moltes infermeres, sobretot en els centres de salut d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS). Aquest model pren en consideració les 14 necessitats humanes bàsiques. És a la necessitat núm. 11 on es descriu com cal abordar el tema de «viure d'acord amb les pròpies creences i valors».

11.4.1 Model conceptual de Virginia Henderson

Henderson (1971) diu que la infermera considerarà amb objectivitat i confidencialitat les manifestacions de la persona que atén. Descriu, a mode d'ordre, que s'haurà de tenir present:

- Conèixer la seva cultura i costums.
- Respectar les necessitats espirituals.
- Ser tolerant en les seves creences i els seus valors.

- Observar les creences sobre la salut i estils de vida, també sobre la família o cuidadors.
- La persona malalta té el dret de seguir els preceptes de les seves creences. Tot i que, ocasionalment, poden afectar a alguns aspectes de la seva vida diària.

Besora (1996) descriu de forma breu, dins de la publicació de l'Institut Català de la Salut (ICS), com la infermera ha de fer la valoració, segons el model conceptual de Henderson, a banda del contingut del model mateix. Ella hi afegeix:

- Ajudar que la persona accepti de manera lliure, expressar-se sobre com percep la seva situació de salut actual.
- Esbrinar si té algun tipus de limitació a causa de les seves creences, i si en té, quina és (o quines són).
- Saber el que pensa sobre la mort, la salut i la malaltia, i com la influencien les emocions.
- Conèixer de quins recursos disposa, i si la seva família accepta les seves creences i els seus valors.
- Assegurar que la persona pugui viure segons les creences que marca la seva cultura.

Campo (2000), a més a més, referint-se al model conceptual de Henderson, es formula altres preguntes que faciliten dades més completes, i potser més adaptables a les necessitats de la diversitat pluricultural:

- Sobre quin tipus de confessió, aspectes socials i culturals quant al paper de la dona com a cuidadora, dins de la família.
- Creences no religioses en què es basa la seva vida.
- Jerarquia de valors socials, estètics i ètics.
- Nivell de compromís amb els seus propis valors, i rigidesa moral segons el que creu i pensa.
- En aquelles persones que per raons d'edat i situació de salut no poden respondre caldrà que sigui el familiar i/o cuidador qui faciliti aquesta informació a la infermera.

11.4.2 Model conceptual de Margory Gordon

Altres centres de salut utilitzen el model de patrons funcionals de Gordon. Aquest model també preveu les creences i valors de la persona: és en el patró núm. 11 on es descriu el contingut, com a suport, per poder valorar aquestes dades. Tant un model com l'altre s'adapten a les necessitats actuals de les cures de la població occidental. Álvarez *et alii* (2010) citen en el seu treball la valoració per patrons de Gordon.[24] Al patró núm. 11 es valoren les creences tenint presents:

Les eleccions o decisions de la persona, i tot allò que considera important i correcte a la vida.

Conflictes sobre decisions importants.

Dubtes sobre tractaments i expectatives relacionades amb la salut, dolor, sofriment i malaltia. Sobre la vida i sobre la mort.

Conflictes sobre poder practicar la seva religió o confessió, o per expressar la seva espiritualitat.

11.4.3 Altres models humanístics

Kolcaba (2003 i 2011), en el seu model de cures, considera tant la persona malalta com la família. Té molt present el fet de conèixer la persona i escoltar-ne les manifestacions sobre el grau de comoditat i confort. Els contextos on considera aquesta comoditat són el físic, el psíquic, l'espiritual, l'ambiental i el sociocultural.

Riba *et alii* (2008), referencien Watson, que proposa que la iniciativa i el criteri clínic de cada infermera serà el que li aportarà un ampli poder per crear i evolucionar cap a una gestió de les cures dins del més estricte concepte humanístic integral, és a dir, considerant la persona físicament, psíquicament i espiritualment. Per Watson el silenci és molt important, ajuda a estar presents, i afegeix que per saber escoltar cal saber callar. Per a ella, la simbologia suposa un recurs important per a la comunicació, ja que ajuda a recordar i facilita l'expressió, la connexió amb l'esperit, i fins i tot indueix a aconseguir el benestar.

24 Manifesten que la valoració per patrons, pot tenir certes avantatges, poden ser utilitzats independentment del model infermer que s'utilitzi. S'adapten molt bé a l'àmbit de l'atenció primària. Faciliten dins del pla de cures, la fase d'etiquetar el problema, al seguir els patrons la mateixa nomenclatura per dominis de la NANDA.

11.5 Els registres clínics

L'ús d'una metodologia infermera, amb un llenguatge comú, facilitarà poder fer una valoració ordenada i uns registres entenedors per tal d'emetre un judici clínic acurat, sobre tot, en aquells problemes de salut relacionats amb les creences que, fins fa poc, no eren habituals gestionar dins de les cures. Si és cert, que moltes infermeres sempre les han tingut present, sobre tot a les cures que fan a l'atenció domiciliaria, on tenen la possibilitat de conèixer l'entorn de la persona malalta, dins del seu propi context familiar.

Riba, Buendia, i Fabrellas (2008) referencien dins de la seva publicació Benner, qui insisteix sobre la importància del registre de les dades clíniques[25] objectives i subjectives de la persona malalta per tal de poder elaborar un pla de cures complet. La narració ha de ser curta, clara i entenedora, cal transcriure de manera ordenada el contingut del relat, sota una visió qualitativa (són dades que no és poden quantificar). Cal respectar l'essència del que en diu la persona, ja que en aquell moment ofereix unes manifestacions íntimes i molt personals, sobre els seus dubtes i la seva realitat, sovint, no desitjada.

Benner (2008), igual que Molas *et alii* (2011), afirma que és necessari que els registres siguin individualitzats. Cal fugir dels plans estandarditzats, que només poden servir com a guia, però que no són representatius del problema de la persona de qui tenim cura.

Hi ha el perill que aquestes dades considerades més subjectives i poc importants no quedin registrades de manera correcta, i romanguin en l'anonimat, en poder entre la pròpia infermera i la persona malalta. Sovint es pot caure en el parany de provocar una pèrdua d'informació, que pot dificultar a la infermera poder emetre un judici clínic acurat i gestionar el pla de cures adient. La narrativa facilita a la infermera poder reflexionar sobre la pràctica, i cal que sigui representativa de l'experiència clínica en si. Una cosa és saber abordar la informació i una altra cosa és saber transcriure aquesta informació.

En ciència, a més com, menys per què;
en Humanitat, a més per què, menys com.

Watson (2008)

---

25 Tant en suport paper com en suport informàtic.

12. Limitacions per obtenir les dades de les creences i valors de la persona malalta

12.1 Manifestacions de les infermeres

Un estudi qualitatiu (Riba, 2016)[26] va evidenciar les mancances que hi havia pel que fa als registres d'aquestes dades al pla de cures. Les respostes de les infermeres d'Atenció Primària que fan atenció domiciliària, obtingudes a través d'entrevistes semiestructurades, van ser prou significatives. En el seu discurs ens van manifestar que no sabien com abordar el tema de les creences i valors.

Aportem resums d'alguns d'aquests relats, que són eloqüents i representatius dels dubtes sobre les creences:

- *Aquest tipus de registre normalment el tenim en blanc. Potser ens manca formació. No ho tenim prou assumit. En conjunt mirem més la persona pels seus problemes sanitaris. Reconec que està molt mal fet.*
- *Quan em cal registrar alguna cosa sobre aquesta necessitat em quedo en blanc. A vegades, si veus estampetes, et pots fer una idea de com pensa aquella persona i ja tens un punt de partida.*
- *Hi havia una senyora molt esotèrica que tenia les seves manies, i de fet em costava registrar-les, no sabia com fer-ho.*

26 Tesi doctoral: *Registre i valoració de les creences i valors al pla de cures: percepció d'infermeres d'Atenció Primària*.

- *Si coneixes la persona saps o intueixes que li passa alguna cosa quan li veus la cara. Jo observo la persona i la casa, miro si porta alguna medalla, deixo que s'expliqui i poc a poc, al cap dels dies ja manifesta més coses sobre la seva manera d'entendre la vida i sobre les seves creences.*
- *Hi ha moltes maneres de poder ajudar, només cal escoltar per conèixer el que pensen. Jo interiorment, com a infermera ho tinc immers, malgrat que em costa registrar-ho, ja que no trobo les paraules exactes, i tinc por que no m'entenguin.*
- *Les primeres necessitats les treballes més; pel que fa a les últimes, només poses si és depenent o independent. Les creences i els valors, l'oci i la sexualitat no es registren, sovint queden sense posar-hi res, tot per no tenir els conceptes clars. De fet no és la necessitat que més es treballa del pacient. Se escriu més en la part clínica, constants i paràmetres.*
- *Personalment ajudo, incito i permeto a la persona que es deixi anar, per tal que ens expliqui el que pensa. Sobre els cuidadors també cal incidir, ja que a vegades ens expressen angoixa per la dependència amb la persona que cuiden. Alguns cuidadors pensen que, com que són la filla o la dona, només són ells els que poden fer la tasca de cuidar.*
- *El tema de les creences i valors no es descriu, ni es registra, malgrat que sí que s'hagi fet la valoració.*
- *Sobretot a les cures domiciliàries, en aquells malalts crònics complexos que no es belluguen de casa i en malalts terminals caldria registrar-ho molt acuradament. Està dins de les 14 necessitats bàsiques. No sabria fer-ho tal qual. Possiblement ho inclous posant un comentari com a escolta activa. No és quantificable. No és un paràmetre.*

Font de l'autora: transcripció *verbatim* (2013-2014) .

Les respostes d'aquestes infermeres han estat contundents. Davant dels dubtes i limitacions expressats, considerem que és difícil poder fer una valoració integral de la persona malalta en relació amb les creences i els valors, si el registre de la valoració d'aquestes dades no s'ha completat dins del procés d'atenció d'infermeria (PAI).

12.2 Limitacions de la persona

A banda de les limitacions de la infermera, hi ha altres limitacions que també cal tenir en compte: ens referim a les de la persona malalta mateixa o a les dels seus cuidadors, que poden dificultar la bona gestió del pla de cures, sobretot en aquells processos complexos, en què l'enfocament de l'ajuda cal que sigui integral.

A la infermera li cal assegurar que les cures no es vegin afectades per certes limitacions imposades, per defecte, per la família o cuidadors, per la mateixa persona malalta, o bé per la gestió dels recursos sanitaris, descrivim algunes situacions de risc que són limitadores:

Hi ha el risc que la persona de qui tenim cura pateixi una situació de vulnerabilitat, derivada del poder d'aquelles persones que tenen cura d'ella, bé sigui en un centre o casa seva.

També es poden generar i agreujar conflictes familiars i socials, davant de problemes de salut no desitjats per la persona, i que poden aportar rebuig de les altres persones de dins del seu entorn. És possible que ella ho visqui com una situació estressant, i que pot dificultar la bona evolució de les cures.

Pot succeir que davant de canvis de professionals,[27] hom se senti incòmode, per haver d'expressar a una altra persona, a qui encara no té prou confiança, tot allò que pensa i sent.

També pot haver-hi trasbals, per aquelles canvis de situació familiar,[28] en què el nou familiar directe que conviu amb ella no li ofereix prou garantia de comunicació.

Quan les creences són molt radicals,[29] pot haver-hi un conflicte a l'hora de prescriure un pla de cures. La persona pot no estar d'acord amb certes prescripcions, que segons les seves creences són inacceptables, malgrat que podrien ajudar a controlar o resoldre les mancances generades pel seu problema de salut.

27 Per vacances, jubilació o malaltia de la infermera assignada.

28 Ens referim als canvis de domicili i d'unitat familiar, típic d'aquells avis, que per conveni entre els fills passen a viure un temps amb cada un d'ells.

29 Fanatisme, integrisme, ultraortodòxia, extremisme, són conceptes que s'utilitzen per descriure un pensament religiós, basat en unes creences inamovibles.

L'actitud de les persones amb caràcter agressiu o submís poden dificultar l'evolució òptima de les cures. Són importants, doncs, tots aquells aspectes relacionats amb el seu univers personal, que identifiquen la seva manera de ser.

La idiosincràsia de la persona malalta pot afectar la comunicació amb la infermera. Bàsicament les cures han d'entrar en la dinàmica del pensament individual, que amb un llenguatge clar i assertiu, ajudarà a entendre l'expressió i el relat de la persona de qui es té cura.

Si s'observa que el pensament de la persona és tancat, i no és adequat a la situació, s'haurà de buscar ajuda en el seu entorn proper, família i cuidadors, que poden aportar dades importants que la persona, potser, no pot expressar, però que ells sí que coneixen.

En aquelles situacions difícils de la persona malalta, on es generen dubtes sobre la presa de decisions, cal escoltar-la i valorar les seves necessitats. És prioritari respectar la seva voluntat i ajudar-la a aclarir aquelles contradiccions que poden desestabilitzar-la i provocar un augment de la seva feblesa, que no afavoreix la bona evolució del seu procés de cures. La proximitat i l'observació ajudarà la infermera a obtenir dades significatives, per poder fer una valoració i detectar si hi ha algun problema. Ella ha de ser el vincle per ajudar la persona malalta i la família, tot i respectant el que pensen, sempre que no interfereixi en les cures, sobretot, en aquells moments en que la persona està feble i no pot decidir per ella mateixa.

12.3 Altres limitacions que afecten a la gestió de les cures

En els relats que s'han aportat, s'han trobat altres limitacions, derivades de les prescripcions de la gestió del recursos sanitaris. Refereixen una gestió enfocada més a l'empresa que a les persones, aquesta situació pot entorpir la humanització de les cures. És a dir, l'empresa es considera l'actor principal, i com a actors secundaris i dependents d'ella, hi ha la infermera com a prestadora de cures i la persona que rep les cures.

En canvi a la teoria de l'atenció burocràtica de Ray (2011), l'enfocament és ben diferent, podem veure com cal que sigui una gestió òptima: la persona passa a ser l'actor principal, com a receptora de les cures; la infermera és la gestora i prestadora d'aquestes cures, i l'empresa gestiona els recursos sanitaris i personals, que d'acord amb els resultats

obtinguts, ha de seguir vetllant per la continuïtat de la bona qualitat assistencial. Benner (2008) també afirma que la infermera cal que estigui més per la persona malalta que pel sistema.

> A les nostres societats hi ha un problema bàsic que afecta el conjunt de la societat i que és la fractura de la confiança; i aleshores, si no hi ha confiança, els processos de transmissió tenen poquíssima eficàcia, sovint fins i tot són contraproduents.
>
> Duch (1936-2018)

13. Intervencions autònomes opcionals: instruments naturals

13.1 Mètodes complementaris d'ajuda a les cures

En aquest actual aiguabarreig de cultures també hi ha un altre col·lectiu de persones, prou significatiu, que cada cop és més nombrós (Spector, 2002). Són aquells que volen decidir lliurement l'estil de vida segons els seus principis i les seves creences, no relacionades amb la religió (Gómez-Pérez i Palacios, 2009), i tenen criteris propis de com volen que se'ls tracti pel que fa a la salut.

Les tradicions i les creences segons cada cultura amb criteris i coneixements naturals, en alguns casos ancestrals,[30] han fet abordar la malaltia i la salut d'una forma ben diferent i han donat lloc a diverses maneres de tenir-ne cura. Així doncs, algunes d'aquestes persones aposten pels tractaments naturals com a retorn a una medicina més holística i menys intervencionista (Nogués, 2009).[31] Hi ha molts professionals sanitaris, metges i infermeres, que decideixen utilitzar aquest tipus de teràpies que, tot i sent naturals, són controvertides per manca d'evidència. Citem Dobbs, Parette i Poletti (1990), Kareaga (1998) i Montero (2013), entre d'altres que han publicat sobre aquest tema.[32]

30 El criteri naturista occidental està impregnat de coneixements orientals molt antics, com la medicina xinesa i l'ayurvèdica.

31 A vegades hi ha el perill que aquest tipus de servei s'ofereixin fora de l'àmbit sanitari i amb poques garanties d'autenticitat i rigor, amb el risc de patir efectes secundaris, contraindicacions o manca de beneficis per a la persona que el rep.

32 Hi ha hagut diversos intents de legalitzar les teràpies naturals (març de 2006). El Govern de la Generalitat de Catalunya va presentar un document de competències, però no

L'any 1995, un document de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) instava els professionals infermers perquè «estiguessin preparats per guiar els clients en l'elecció dels diferents mètodes complementaris», i que les infermeres haurien d'estar capacitades per entendre les diferents teràpies, per poder aconsellar-les o recomanar-les a les persones de les qual tinguessin cura.

13.2 Les cures: intervencions opcionals

Cal conèixer el que pensa la persona malalta sobre aquest tipus de recursos com a instruments d'ajuda. La infermera es pot trobar amb persones que diuen: «Jo no crec amb les teràpies naturals, prefereixo una pastilla». Cal respectar aquesta opció. També hi pot haver altres persones que ja són usuàries d'aquest tipus de teràpies, fins i tot, es pot presumir que hi estiguin enganxades, sense tenir cap control d'un professional sanitari; caldrà, doncs, que en consti l'ús a l'historial clínic, per tal de valorar els beneficis o contraindicacions respecte al procés de salut d'aquesta persona.[33]

En el camp de les cures, innovar significa oferir més possibilitats per ajudar la persona en el seu procés de salut. Cal aconseguir que se senti còmoda, motivada i que obtingui benestar. En l'actualitat, es prenen com a model certes tècniques i filosofies holístiques, que recuperen els valors i els coneixements essencials que sempre han estat presents dins la professió d'infermeria[34]. Els models de cures són holístics per

va ser viable per decisió del Govern central. En l'actualitat, hi ha cert control administratiu sobre els productes que s'elaboren i es poden adquirir en parafarmàcies i herbolaris. També hi ha acreditacions d'expertesa, que alguns col·legis oficials, com el de Metges de Barcelona (COMB) i d'Infermeria (COIB), donen als seus professionals, prèvia avaluació dels continguts exigits. També hi ha títols de postgrau i màster que expedeixen algunes universitats, les quals instrueixen sobre els coneixements de criteris naturistes i de diverses tècniques que algunes infermeres utilitzen com a instruments complementaris al pla de cures.

33 Caldrà saber si la persona és consumidora de productes fitoterapèutics o d'alguns altres anomenats naturals, o conèixer si a ella li agrada rebre massatges, reflexoteràpia, acupuntura, ioga, tai-chi, etc. o alguna altre teràpia d'ajuda complementaria que la pot beneficiar.

34 Mètodes i/o tècniques de cures que es basen en el coneixement de la ment i de l'ús d'interaccions amb el cos. Es poden utilitzar per reduir la sensació de tensió i els efectes de l'estrès, i milloren el benestar fisiològic i psicològic de les persones. Infermeria disposa de varies intervencions autònomes opcionals, incloses dins del catàleg NIC (Nursing Interventions Classification).

excel·lència, ja que consideren l'ésser humà des d'una valoració integral (criteri naturista bàsic). Malgrat que, cada cop més, hi ha un retorn de la infermera amb criteri naturista (Riba, 2006) que, com a experta en determinades tècniques i sota un criteri naturista avançat, utilitzarà aquells recursos naturals més adients per fer determinades intervencions autònomes, bé siguin opcionals o principals.

Les infermeres tenen l'oportunitat de poder ordenar, ampliar i actualitzar les cures amb una nova perspectiva, amb una nova visió menys mecanicista i molt més humana (Riba i Buendía, 2013). És important recordar que aquestes intervencions autònomes són opcionals segons el criteri clínic, disponibilitat i expertesa de cada professional, amb compromís de continuïtat, i que es poden oferir a la persona atesa (Riba, Buendía i Fabrellas, 2008).[35] Dins d'aquestes intervencions opcionals, hi trobem certs recursos[36] creatius com l'art, la música, la literatura, el tacte terapèutic, la digitopuntura, el massatge, la relaxació, la meditació, la dansa, la teràpia amb animals, prodigar el bon humor. Alguns d'ells poden ser administrats com a intervencions autònomes per la pròpia infermera. Altres, per les seves característiques, poden ser recomanats, però caldrà rebre'ls fora del centre.

13.3 Tot és una opció: acord amb la persona

A la cultura occidental, aquests tipus d'intervencions requereixen l'acceptació de la persona que les ha de rebre. La persona, pot tenir certes resistències, degudes a les seves creences i als seus valors, és possible que no vulgui ser ajudat amb aquests tipus d' intervencions.

---

35 Les teràpies manuals, així com les teràpies emocionals i espirituals, són les més conegudes. Com hem pogut veure, aquests tipus de teràpies basades en tècniques naturals estan en creixement constant. Una part important de la població necessita intervencions més humanes i busca ajuda per resoldre els seus problemes de salut. Hi ha persones que es decanten per les teràpies naturals, amb el nom genèric de les quals es coneixen una sèrie de tècniques que s'inclouen dins d'aquest concepte de natural, malgrat que no sempre ho siguin. Les infermeres juguen un paper important, que cada cop és més significatiu en aquests altres plantejaments considerats integrals, per donar resposta a les demandes i necessitats de les persones amb l'objectiu d'obtenir benestar i comoditat, sigui quin sigui el seu problema de salut.

36 Teràpies cos i ment, que ajuden a potenciar l'espiritualitat.

Cal preguntar-li què pensa de les teràpies naturals com a instrument complementari d'ajuda, per la seva utilització dins del pla de cures.

Cal esbrinar si se sentirà còmoda i si creu oportú rebre-les. La garantia de la seva acceptació, o si més no la possibilitat de poder explicar-li els avantatges o les contraindicacions que poden tenir en el seu cas individual, fet que l'ajudarà a decidir si les vol o no.

No es pot imposar una prescripció de cures: la persona ho pot viure com estressant, la qual cosa dificultaria obtenir una òptima resposta de millora. La persona té l'opció de determinar com vol ser tractada, sempre que no es detecti un empitjorament del seu problema. Per aquest motiu, dins de l'anàlisi del problema, cal tenir present les dades sobre l'acceptació o no acceptació de la prescripció.

13.4 Beneficis de la ajuda natural

A tota persona li cal mantenir l'equilibri necessari entre la ment i el cos, cosa que li facilitarà un control emocional millor. Conservar la voluntat i sentir-se motivada l'ajudaran a tenir responsabilitat sobre la seva autocura, i millora de la seva salut. Si aquestes intervencions naturals aconsegueixen atenuar o acceptar els efectes no volguts dels problemes ja instaurats, s'aconseguirà que augmenti la sensació de benestar i comoditat desitjada,[37] sigui quina sigui la seva situació de salut (Meleis, 2005 i 2011).Hi ha una gran oferta d'aquests serveis, considerats no sanitaris, per part de pràctics titulats.[38] Malgrat tot, és important, que la persona faci confiança a la infermera i expliqui si ha optat per una determinada teràpia natural, de manera opcional i pel seu compte, com a ajuda complementària al seu tractament. Cal fer-ne un seguiment per valorar-ne

37 NOC (Nursing Outcomes Classification). La Classificació de Resultats d'Infermeria ens ofereix el NOC (núm. 2008), que mesura com a resultat, l'estat de comoditat i expressa l'estat del concepte integral de tranquil·litat i seguretat global física, psicoespiritual, sociocultural i ambiental d'una persona. També hi ha el NOC (núm. 2002), que es refereix al benestar i mesura la percepció positiva de la persona envers el seu estat de salut. Aquest NOC té dos indicadors molt representatius de l'estat de felicitat i la seva capacitat de relaxació.

38 Cal tenir present que, en algun cas, aquests serveis són oferts per persones no titulades i que no pertanyen a la sanitat, i poden donar lloc a confusions i males praxis.

l'efectivitat en relació amb a la millora del problema, així com les seves contraindicacions.

Se centrarà en criteris de resultats ben definits sobre harmonia, equilibri, benestar i comoditat, i donarà tot el protagonisme a la naturalesa i a l'energia de la persona, que l'ajudarà a fer front a la seva situació de salut segons les seves pròpies decisions i en relació contínua amb el seu entorn.

> Per tenir cura cal ser una mica vulnerables i arriscats, ens ajudarà a ser més humans i millors professionals.
>
> Watson (2008)

14. Les cures a l'atenció primària a Catalunya: passat i present

14.1 L'art de cuidar: visió històrica

Les experiències viscudes per l'autora com a infermera, dins de l'atenció primària (AP)[39] han fet que focalitzi aquest relat i es refereixi a les infermeres que treballen a les cures extrahospitalàries, dins de l'Institut Català de la Salut (ICS).[40]

En el contingut d'aquest text, es vol emmarcar la professió infermera des de la visió històrica, al nostre país, per conèixer-ne les arrels i poder entendre l'estat de la seva evolució actual. Ens cal conèixer la visió laboral,[41] per saber com incideixen les grans empreses prestadores de serveis sanitaris en la gestió de les cures. La nova projecció actual és un repte, i l'excel·lència de grau acadèmic aconseguit per les infermeres actuals permet, sens dubte, avançar i millorar les cures.

Arreu del món, sempre s'ha identificat el professional que cuida amb el nom de *infermera*. Tal com diu Tey (1990), la nostra infermeria ha

39 Assistència sanitària essencial a la qual tenen accés, de manera general, totes les persones i famílies d'una comunitat. Aquesta assistència proporciona informació, assessorament, tractament, prevenció, teleassistència sanitària, atenció domiciliària i, si cal, la derivació de la persona atesa als serveis socials especialitzats i a la resta de serveis de benestar social.

40 L'Empresa pública ICS, adscrita al Departament de Salut, és el proveïdor públic de serveis sanitaris més gran de Catalunya. Amb una plantilla d'uns 38.000 professionals sanitaris, presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris. Cobertura: 75%-80% en atenció primària i 25%-30% en atenció hospitalària.

41 Segons les polítiques de la pròpia empresa, o del govern. Cal remarcar que pot haver-hi diferencies laborals, si ens referim a la sanitat privada o a la sanitat publica.

estat diferent de la d'altres països, que sovint prenem com a model desitjable. Les circumstàncies i les polítiques d'acció que ens han envoltat han fet que aquesta professió tingui una idiosincràsia especial que hem d'assumir i acceptar. Poder conèixer alguns d'aquests fets ens ajudarà a reflexionar sobre la realitat actual de la infermera (Tey, 1978), i també a entendre com ella, en aquests moments, viu i desenvolupa la seva tasca assistencial.

Si fem una retrospecció històrica de les cures dels últims cinquanta anys, no podem oblidar el trasbals que van patir totes les infermeres quem havent cursat els estudis com a ATS (Ajudant Tècnic Sanitari),[42] segons Reial Decret (1952), van haver de fer un reciclatge, no sempre desitjat, sobre diverses matèries que no tenien idea que existissin. Hem de tenir present que la disciplina infermera ha sofert canvis que han sotragat de ple la seva identitat com a professió; amb freqüència les infermeres s'han vist obligades a desaprendre conceptes per tornar-ne a aprendre d'altres.

No va ser fins l'any 1977, que va néixer la Diplomatura Universitària d'Infermeria (DUI).[43] De cop, a les infermeres se'ls va començar a parlar de models, de paradigmes i de filosofia a les cures. El Procés d'Atenció d'Infermeria (PAI)[44] marcava una nova metodologia de treball. Arribaven els diagnòstics d'infermeria de mà de la taxonomia North American Nursing Diagnoses Association (NANDA),[45] els objec-

42 Títol propi de grau mig, impartit a Espanya. es van unir les llevadores, practicants i infermeres, amb un únic pla d'estudis i sota el nom d'ATS.

43 No va ser fins a l'any 1980 que començar la convalidació dels ATS pel de DUI, a través de la Universitat a distancia (UNED). La darrera convocatòria (1991), gaire bé va ser més burocràtica que acadèmica, per donar opció a tramitar el nou títol, malgrat que encara van quedar alguns ATS, que no van voler optar per la convalidació, malgrat que van continuar treballant.

44 Document del procés de cures infermeres on es defineixen les cures que cal proporcionar, les activitats que el professional infermer ha de dur a terme i els resultats que cal assolir.

45 NANDA: Sistema de classificació de diagnòstics infermers. Facilita la presa de decisions de la infermera per dissenyar un pla de cures.

tius i avaluació de resultats, Nursing Outcomes Classification (NOC)[46] i les intervencions, Nursing Interventions Classification (NIC).[47]

Aquests catàlegs van aportar un nou llenguatge facilitador de la comunicació entre les mateixes infermeres i els altres professionals sanitaris. Va representar un gran avenç, avalat per nombroses societats científiques d'infermeria d'EEUU, que n'evidenciaven la seva utilitat, i que es continuen actualitzant cada dos anys amb rigor científic experiències clíniques. Es nodreix de propostes presentades per infermeres d'arreu. Per exemple, com a infermera propera que hi ha col·laborat, tenim Rifà (2016),[48] que ha fet aportació d'un nou diagnòstic, acceptat per NANDA, inclòs en el nou catàleg (2018-2020), que dona resposta a la nova situació de la immigració.

14.2 Evolució de les cures a l'atenció primària

L'autora, com a infermera assistencial de l'ICS i usuària del pla de cures d'atenció primària (1992-2010), es fa ressò d'algunes de les vivències dins d'aquesta gran empresa i que van ser compartides amb aquest nombrós col·lectiu d'infermeres que hi treballa.[49] Puc constatar que hi va haver un rebuig generalitzat al canvi, que generava angoixa i de retruc no acceptació de les novetats. Recordem algunes d'aquestes novetats:

El desplegament de la nova reforma sanitària a Catalunya (1985): va aportar uns canvis molt importants dins del camp de la salut i dels professionals, sanitaris i no sanitaris, que hi treballen.

Implementació del model conceptual de cures, segons Virginia Henderson, escollit per l'empresa ICS mateixa. Es va presentar un document elaborat per Besora i Bitria (1996) a les infermeres.

---

46 NOC (CRE): Classificació dels resultats esperats en un projecte de salut amb una escala de mesura com a indicador que descriu l'estat de la persona i/o cuidador, família i/o comunitat.

47 NIC (CIE): Classificació de les actuacions encaminades a aconseguir un resultat esperat. Basades en el coneixement i el judici clínic de la infermera.

48 Rifà (2016), infermera de la Universitat Blanquerna-URL de Barcelona, ha fet una aportació científica amb un nou diagnòstic: Risc de transició immigratòria complicada (domini: afrontament/tolerància a l'estrès).

49 L'autora està jubilada laboralment, però no professionalment per aquest motiu: encara li preocupa el tema dels registres, i el llenguatge infermer, sobretot el que es refereix a les dades més subjectives de la persona, a través de les seves manifestacions.

Els registres a la Història Clínica d'Atenció Primària (HCAP) amb suport informàtic (2000), programa Estació Clínica d'Atenció Primària (eCAP).

Aprenentatge del maneig de les noves pantalles, programa eCAP, on es podia visualitzar el mòdul infermer,[50] que desplegava el procés de cures.[51]

Aquesta implementació pretenia facilitar la gestió de les cures, però les infermeres només disposaven dels diagnòstics estandarditzats, segons document elaborat per un grup d'infermeres (Besora *et alii*, 2003), amb algunes intervencions NIC i alguns resultats NOC. En aparença era una novetat, però va resultar poc resolutiu i molt confús. Les pantalles no eren prou interactives, gairebé només servien per posar etiquetes diagnòstiques.[52] Les infermeres van creure que la seva feina es feia més visible, però poques infermeres van tenir la sensació d'estar davant d'una nova metodologia de treball.

Al cap d'uns anys es va modificar el mòdul infermer, i es van carregar els catàlegs sencers de NANDA-NIC-NOC. Les infermeres van haver d'aprendre novament el funcionament i la interacció de les noves pantalles. Malgrat que hi havia grups de treball que intentaven millorar el dinamisme i la funcionalitat d'aquest mòdul, continuava sent una eina poc àgil per fer el registre del procés de cures (Riba, 2016).

14.3 Respostes al canvi: a l'atenció primària

Hem pogut veure que els recursos per gestionar el pla de cures no sempre han estat acceptats per les infermeres d'atenció primària de l'empresa ICS; per a elles s'hi afegien moltes més novetats. Encara ara, en ple 2018, són aquestes mateixes infermeres les que continuen manifestant incomoditat pel que fa al sistema de registres i al llenguatge infermer emprat. Hi ha diversos estudis que evidencien aquestes queixes, relaci-

50 El mòdul infermer proporciona una ajuda constant per registrar tot el que està relacionat amb el pla de cures d'adults i pediatria, per a processos aguts i crònics, tant en l'atenció dins del centre com en la domiciliària.

51 Durant un temps els registres del PAI es van fer en suport paper.

52 Hi va haver infermeres que van posar fins a set diagnòstics, en un mateix pla de cures. Alguns metges els esborraven desapareixen del curs clínic les intervencions i resultats lligats al pla de cures.

onades amb l'esforç que suposa registrar tota l'activitat assistencial. Tot seguit aportem els resums de tres d'aquests estudis.

14.3.1

Un primer estudi fet a l'Àrea Metropolitana Nord (2013), amb una participació d'infermeres del 34%, en què elles expressen tenir certes dificultats:

- Per manca coneixement: 22,6%.
- Per manca d'habilitat: 14%.
- Per complexitat programa eCAP:[53] 9,7%.
- Per manca de temps a la consulta: 31,1%

També consideren que els plans de cures són extensos i repetitius, i que existeix una manca d'actualització del catàleg NNN, dins del programa informàtic eCAP, la qual cosa els dificulta fer els registres adequats al seu judici clínic, i conseqüent planificació de les cures. En conjunt manifesten que el llenguatge utilitzat no reflecteix el que volen dir. En aquest estudi es valora la utilitat amb un 2,79 (escala 1-5). *Font de la Direcció de cures de l'ICS. Eul***à***lia Juvé (2016-2017).*[54]

14.3.2

Un segon estudi correspon a centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut que es troben en l'Àmbit de la ciutat de Barcelona, Litoral Esquerra.

Ens vam adonar[55] que els registres de la valoració no quedaven completats; ens calia dades objectivables que ens oferissin la certesa de si realment hi havia un problema.

53 El programa Estació Clínica Atenció Primària (eCAP) va néixer fa uns 20 anys per iniciar la informatització de l'HCAP dins l'àmbit assistencial de primària de l'ICS.

54 Estudi previ al projecte PROJECTE ARES- fet per atenció primària. Presentació (Octubre 2017). Directora de cures, Eulàlia Juvé.

55 L'autora durant un període de 10 anys (2000- 2010), va col·laborar com a referent, dins de l'empresa ICS, a transmetre a les infermeres, de l'àrea de Barcelona, els avenços i novetats del registra informatitzat al pla de cures a traves del programa eCAP.

Es van revisar 3.174 HCAP.[56] L'extracció de dades es va fer amb el suport informàtic programa eCAP. Com a resultats, es van trobar 1.942 HCAP (61,18%) amb el registre emplenat, en l'apartat dedicat a la necessitat bàsica que recull la informació sobre les dades de les creences i els valors.

Aquest resultat va evidenciar que la necessitat número 11 i aquelles variables que no depenien de text lliure (en les quals, com a opció de registre, només calia marcar un/diversos indicadors) mostraven un registre alt (>90%).

En canvi, les variables amb apartats de text lliure, on calia fer un relat més acurat i descriptiu de la situació, presentaven resultats més baixos (entre el 20% i el 40%).

La informació registrada en la necessitat bàsica estudiada era molt diversa segons la variable. Aquelles variables on hi havia apartats amb text lliure s'utilitzaven poc. Va quedar palès que en algunes valoracions els registres eren incomplets. En canvi, en les variables que el registre només depenia d'un/diversos indicadors, els resultats van ser millors.

Com a resum podem dir que vam trobar una gran varietat de resultats, amb gran quantitat de registres inexistents o incomplets i amb manca de relats, la qual cosa representava una important pèrdua d'informació.

En contraposició, les dades que es consideraven més biomèdiques, o bé les prescrites per la mateixa empresa ICS, sí que es registraven de forma completa. Riba *et alii* (2012).[57] (Aquests resultats varen servir per iniciar l' estudi qualitatiu, que va donar lloc al cos de la tesi doctoral, 2016).

56 Corresponents a persones ateses per infermeria en el domicili, per patologia crònica complexa, focalitzant a la necessitat No.11 valoració segons Henderson, que valora les Creences i Valors.

57 «Creencias y Valores: estudio descriptivo sobre su registro y valoración». *XVI Encuentro Internacional de Cuidados*. Cartagena (Murcia): Ed.Investen-isciii, (II),165-166. (Consultat: 14/10/2015). Disponible: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2012_XVI_encuentro_Investen_Murcia.pdf>.

14.3.3

L'estudi a l'Àrea de Barcelona (zona urbana Eixample Esquerra i Litoral) i part Àrea Metropolitana Sud (zona rural del Penedès (2013-2014).[58]

L'objectiu va ser el de conèixer per quin motiu les infermeres no completaven el registres a la valoració de la necessitat núm.11 sobre les creences i valors. Les respostes de les 47 participants, malgrat que només es buscava l'origen de les mancances sobre la valoració de la persona, van fer aparèixer el tema dels registres, ja que les participants van expressar un desacord gairebé unànime en relació amb el model de cures escollit per l'empresa, així com quant a la utilització NNN.

- El tema del registre en si va ser molt controvertit, el consideren feixuc i poc àgil.
- Apunta cap a una tendència molt biomèdica que no facilita el registre de les cures.
- Voldrien tenir més agilitat per fer els relats de la situació de les persones malaltes i dels seus cuidadors.
- En canvi, hi ha un altre grup d'infermeres que prefereixen fer registres curts i estandarditzats, tipus test i monitorització de les dades, on el registre sigui només quantitatiu. Aquest segon grup diu que tenen molta feina, i no tenen prou temps per perdre. *Font de l'autora i publicat dins de la tesi doctoral (2016)*.

14.3.4

Juvé (2017) a la presentació del projecte ARES-AP, comenta que hi ha altres estudis obtinguts a traves d'enquestes a professionals de l'Atenció Primària i directius de l'ICS (2015) que aporten dades semblants. La validació d'aquestes dades objectives es va fer a través d'explotació del programa eCAP, els resultats obtinguts:

- Índex d›utilització dels plans de cures molt baix,
- Índex d›utilització de NANDA baix.[59]

58 Estudi qualitatiu utilitzant la entrevista semiestructurada a infermeres d'AP que fan atenció domiciliària a adults.

59 Malgrat que se'ls hi va fer una acurada formació durant la immersió del nou model de cures, escollit per l'empresa ICS.

- Tendència a fer el pla de cures, des de l'etiqueta diagnostica del CIM10. [60]
- Manquen diagnòstics de risc.

Es pot veure que en els resultats d'aquests estudis s'evidencien gairebé les mateixes dificultats i problemes que tenen les infermeres d'AP quant al llenguatge infermer i als registres incomplets, que produeix una pèrdua important d'informació, la qual cosa no facilita fer una valoració integral de la persona. Això afecta el judici clínic infermer, i per tant a la gestió del pla de cures. Sens dubte, aquestes mancances també afecten la comunicació interprofessional i deterioren el treball d'equip i la possible qualitat assistencial de les cures cap a la persona.

14.3 Projecció actual: objectius de millora

A Catalunya, grups d'experts han fet estudis comparatius dels diferents llenguatges infermers. Eulalia Juvé, com a directora de cures de l'ICS, va liderar un grup de treball per millorar els registres del Plans de Cures i facilitar la seva gestió, apostant per la terminologia ATIC[61] com a nou vocabulari infermer a utilitzar en els registres d'història clínica informatitzada.

Després d'uns anys d'experiència en l'assistència hospitalària, on ja s'ha utilitzat aquesta nova terminologia, s'ha continuat treballant per adaptar-la als estàndards de cures a l'atenció primària. L'objectiu ha estat aconseguir que sigui un vocabulari més entenedor i més fàcil d'utilitzar, i que permeti a les infermeres assistencials poder identificar les intervencions i les activitats generades al pla de cures. El llenguatge ATIC ofereix etiquetes i descripcions molt més adaptatives a les necessitats de la pràctica assistencial.

60 La Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, traducció al català de la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

61 L'acrònim ATIC esta format per les sigles en català (Arquitectura, Terminologia, Interfase-Infermera-Informació i Coneixement).

14.4 Reflexions sobre les cures actuals

Les infermeres han d'atendre un gran nombre de persones, malaltes i no malaltes, que cada cop presenten necessitats ben diferents, la qual cosa fa que hagin d'identificar situacions de salut diverses. Les cures van des de situacions de risc a problemes de salut complexos, tant al centre de salut com al domicili, i les infermeres han de tenir cura de la persona malalta i del cuidador.[62] Independentment del model conceptual emprat, és important que es pugui garantir la continuïtat del tipus de registres, així com la seva actualització conseqüent per tal que la immersió dins de les cures sigui efectiva i eficient.

A l'analitzar les manifestacions de les infermeres, hem pogut veure que s'evidencia una clara manca de registres de les dades, sobretot subjectives, segons el model de Virginia Henderson, però ens queda el dubte de si el problema radica en els registres, o bé en la no acceptació del model conceptual emprat, imposat per l'empresa. La infermera podria tenir l'opció d'escollir el camí més adequat,[63] i d'acollir-se a un altre model que fos més resolutiu, per poder fer una valoració completa de la situació real de la persona que s'està atenent.

La infermera és una professió humanística per excel·lència, però trobem que hi ha infermeres que tendeixen a ser més mecanicistes, manifesten rebuig a fer un relat, i són amants de les estandarditzacions i dels tests. Prefereixen registrar a fulls de monitoratge, que malgrat que la informació si bolca al curs clínic, però només es pot processar informàticament.[64] Aquestes dues visions, mecanicista i humanista, portades a l'extrem, sovint creen dificultats alhora de dissenyar un model de registres que sigui acceptat per tots els professionals implicats.

Tot i haver patit una evolució professional complicada, les infermeres del nostre país encara conserven la capacitat d'estar motivades i d'innovar a traves de la investigació.[65] Cal utilitzar tots els recursos que ofereix el constant avanç de la tecnologia, però, sense perdre el nord de

62 En aquesta publicació ens referim als problemes de salut de la persona adulta.

63 El programa eCAP esta preparat per introduir un altre model de cures, i que pot conviure amb el que ja està instaurat.

64 Registres anomenats «visualització intel·ligència activa».

65 Com a infermera he viscut aquests canvis, però no per això he deixat de fer recerca i sentir-me motivada per arribar a defensar, amb 71 anys, la meva tesi doctoral, que m'ha dut a fer aquesta publicació.

la filosofia de les cures amb la visió humanista característica de la infermera, que sens dubte millora el tracta amb la persona, aportant empatia, apropament i ajuda.

> L'àmplia varietat de funcions, dins la pràctica infermera, permet que hi hagi flexibilitat i diversitat en les seves intervencions.
>
> Riba i Martorell (2017)

Conclusions

És un fet cultural el canvi relatiu a les creences religioses,[66] que per diverses circumstàncies ha afavorit una important transformació social de la població. Aquesta nova situació ens aporta noves formes de viure ben diferents a les de fa uns anys. Certes costums culturals, sobretot de famílies nouvingudes molt arrelades, algunes d'elles per tradició, dins de l'ambient familiar, tenen conductes i estils de vida, amb valors individuals i de grup, prou importants per tenir present al pla de cures.

Cal pensar que, fins i tot, en una mateixa persona, les seves creences i valors poden fluctuar durant el seu procés de vida, per diversos motius, com són les ultimes experiències viscudes o per la seva pròpia evolució com a esser humà, i que poden ser prou potents per influenciar-la a fer canvis en les seves conviccions, quant al que creu i pensa. Reafirmar i ajudar que les creences sanes puguin ser escoltades i es mantinguin durant l'evolució de la malaltia, és un valor afegit i necessari dins del pla de cures.

A banda de les creences espirituals pròpies, el que també cal conèixer són els costums, rituals, i tot el que es relaciona amb el sentit de la vida, i com la persona la vol viure. Són importants tots aquells aspectes relacionats amb el seu univers personal, que identifiquen la seva manera de fer, de ser i d'estar al món. Encara que la persona malalta, pot tenir moments en què poden aparèixer contradiccions, dubtes que generen inseguretat, sobretot quan se sent depenent dels altres, li cal retrobar-se

66 Fins fa poc, gaire bé la gran majoria de la població només era seguidora de la religió Catòlica. Només hi havia dues possibilitats, ser creient o no creient. Ara, per sort, i en certa manera, hi ha moltes més opcions de pensar i de creure.

a si mateixa, i aprendre a viure d'una altra manera a conseqüència de la nova situació de salut.

No s'ha d'oblidar que alguns radicalismes culturals i religiosos, tant personals com familiars, es poden considerar insans. Cal assegurar, doncs, que les cures no es vegin afectades per aquestes limitacions imposades per les creences i els costums de la persona. La infermera només ha de ser el vincle per ajudar i respectar, en aquelles situacions en que la persona esta feble i no pot decidir per ella mateixa. En cap moment pot jutjar la creença de la persona de qui té cura, però sí que li cal conèixer si aquella creença pot interferir en la gestió de les cures. Cal fer la valoració integral de la persona, tenint en compte les creences i valors com a dades personals, tractades com qualsevol altra informació que consta en el seu historial clínic, i que cal considerar necessària i estrictament confidencial. A les infermeres els cal més reflexió i menys imposició per millorar els processos de cures.

> No anar en contra de res, sinó sempre a favor, sumant i no restant. Camí de present i de presència que es fa cada dia.
>
> De Ahumada (2015)

Reflexions

Confio que aquesta publicació pugui donar resposta i serveixi d'ajuda a totes aquelles infermeres, que tinguin dubtes sobre el tema de les creences i valors al pla de cures. Són moments de canvis importants en les estructures socials. Els professionals que tenen cura de les persones que formen part de la societat actual tenen una gran responsabilitat de donar el millor d'ells, per ajudar als altres.

Pot ser una tasca difícil, però només amb el compromís d'exercir les cures des d'una vessant humanística, tenint en compte la persona integralment, s'aconsegueix, a poc a poc, anar pel camí del coneixement i de la certesa.

Per a mi, com a autora, poder expressar el que crec i el que penso, m'ha servit per finalitzar una etapa de la meva vida professional. Encara que continuo sent infermera, ara podré seguir amb altres petits projectes, que a la meva edat em serviran per a seguir creixent, com a persona i com a dona, com a mare i com a iaia.

Gràcies a tots aquells que d'una manera o altra seguiu pel mateix camí, el vostre camí.

Bibliografia

Referències bibliogràfiques citades

ALVAREZ, J.L. *et alii* (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicio de Salud del Principado de Asturias(Seapa)*. Comisión de Cuidados Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias). Consultado: 19/11/2018. Disponible: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf> (Consultado 19/11/2018).

GENERALITAT DE CATALUNYA (2015). *Barómetro sobre la religiosidad y Mapa religioso de Cataluña*. Consultat: 27/07/2015. Disponible: <http://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Barometre-sobre-la-religiositat-i-sobre-la-gestio-de-la-seva-diversitat>

GENERALITAT DE CATALUNYA (2017) *Barómetre sobre la religiositat*. Disponible a: <https://web.gencat.cat/.../Barometre-sobre-la-religiositat-i-sobre-la-gestio-de-la-seva-di...> (Consultado: 20/11/2018).

BARONA, J.L. (1995). «Posesió i malaltia». Espanya: *Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Malaltia i cultura*. (1-3) 75-104.

BENNER, P. (1996). *Expertise in clinical practice: caring, clinical judgment, and ethics.* New York: Springer.

BESORA, I. i BITRIA, A. (1996). *Registres d'Infermeria basats en el model conceptual de Virginia Henderson*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Salut. Besora, I. i.

BESORA, I. *et alii* (2003). *Estàndard de Diagnòstics d'Infermeria a l'Atenció Primària*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Salut.

Boixareu, R.M. (coord.). (2003). *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut*. Barcelona: Editorial Blanquerna, Tecnologia i Serveis, S.L.

Bosch, A. *et alii* (2018). *La teoría del confort en los cuidados enfermeros. Revista de enfermería*. Barcelona: (41) 688-692.

Bourret, B. (2010) *La puissance de l'empathie. Une solution aux problèmes relationels*. Les Éditions Québecor; Traducció: Muñoz.

Busquets, M.; Delgado, P.; Jiménez, M. i Santos, S. Vila, Á. (2018). *Invisibilidad del cuidado. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Esplugas del LLobregat (Barcelona): Ediciones San Juan de Dios. (5) 40.

Camacho, I. (2009). «La presencia de lo religioso en la sociedad de hoy». Congreso*: Evangelizar hoy desde la hospitalidad*. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Granada). Lisboa: Editorial Hospitalidade, Irmäos S. Joäo de Deus, 31-38.

Campo, A., *et alii* (2000). *Procés d'Infermeria. Valoració*. Barcelona: Editorial Fundació Jordi Gol i Gurina, 54-56.

Carod-Rovira, J.L. (coord.). (2015). *Les religions a Catalunya*. Lleida: Pagès Editors, S.L.

Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. (2013). Generalitat de Catalunya. Barcelona: (2.9), 43-45. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/docs/dixit/Home/04Recursos/08Etica%20aplicada%20als%20Serveis%20Socials/01Comite%20d%20Etica/2.%20Recomanacions%20drets%20i%20deures%20GG%20entorn%20RGG.pdf > (Consultat: 27/07/18).

De Ahumada, L. (2015). *Espirituals sense religió*. Primera edició. Barcelona: Fragmenta Editorial. Col.lecció Assaig, (33).

Descriptores en Ciencias de la Salud (2014). (Consultat: 20/12/2014). Disponible a: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

Dobbs, B.; Parette, D. i Poletti, R. (1990). *Reflexología*. Barcelona: Ediciones Rol, S.A.

Duch, Ll. (1999). *Simbolisme i salut: antropologia de la vida quotidiana*. Biblioteca Serra d'Or. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

Duch, Ll. (2001). *Antropología de la religión*. Segona edició. Barcelona: Editorial Herder.

Duch, Ll. (2010). *Religió i Comunicació*. Barcelona: Editorial Fragmenta.

Estruch, J. *et alii* (2004). *Les altres religions: minories religioses a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterránea, S.L.

Gandara, M.(2008). «Etica, poder y deber. De la ética de cuidado al poder del deber de cuidar». *Rev. ROL. Enferm.*; 3(1): 18-24.

Gimenez, L. (2013). *Guia para el cuidador*. Barcelona. Editat: Serveis Sociosanitaris de Sant Joan de Déu. Servei d'Atenció Espiritual i Religiosa. E-mail: <SAER_SSE@ohsjd.es>

Gómez-Pérez, D. i Palacios, D. (2009). «Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas.» *Cultura de los cuidados*. Año XIII, (25), 62-68.

Gordon, M. (2014). *Manual of Nursing diagnosis. Gordon's Funtional Health Patterns*. Catorzena edició. Burlinghton: Jones and Bartlett, 2-5 i 10-33.

Henderson, V. (1971). *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Suiza: Editorial Ginebra.

Institut d'Estadística de Catalunya. IDESCAT (2013). Disponible a <https://www.idescat.cat/?lang=es> (Consultat: 10/09/2018).

Jesse, E. (2011). «Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson». Barcelona: *Revista Rol*. Ediciones Rol. (7), 95-99.

Jiménez-Ortiz, A. (2009). «Tomando el pulso a la realidad social». Congreso: *Evangelizar hoy desde la hospitalidad*. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Granada). Lisboa: Editorial Hospitalidade, Irmäos S. Joäo de Deus, 18-21.

Juve, E. (2017). *Direcció de cures ICS* (Institut Català de la Salut) Octubre 2017.

Kareaga, A. (1998). *Nuevas perspectivas en relajación*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 11-10.

Kérouac, S. *et alii* (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson. (traducció per: Blasco, R.M.; Arque, M. i Fernández, C.).

Kobasa, S.C. (1979). «Personality and resistance to illness». *American Journal of Community Psychology*. 1979; 7(4): 413-23.

Kobasa, SC.; Maddi SR, i Kahn S.(1982). «Hardiness and health: a prospective study». *Clarification, Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42(1), 168-77.

KOLCABA, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer, cop.

KOLCABA, K. (2011). «La Teoria del Confort». *Modelos y Teorias en enfermería*. Setena edició. Madrid: Elsevier España, (33), 706-721.

LEININGER, M. (2002). «Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices». *Journal of Transcultural Nursing*, USA, Vol. 13, 189-192.

LEYVA, J.M. *et alii* (2014). «VIH SIDA: Expresión del imaginario de los estudiantes de enfermería a través de la fotografia». Barcelona: *Revista Rol*. Ediciones Rol, 37(6), 410-417.

LLUCH, M.T. (2013). *Regles d'Or de la Motivació*. Colección OMADO. Barcelona: Deposito Digital de la Universidad de Barcelona. (Consultat: 10/10/2017). Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/hand¬le/2445/2>, <http://hdl.handle.net/2445/34525>.

MCFARLAND, M.R. (2011). *Teoria de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales*. Barcelona: Ediciones Rol España, (22), 459-460.

MELEIS, A. (2010). *Transitions Theory. Middeld Range and Situations. Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2-460.

MELEIS, A. (2011). «Teoria de las transiciones». *Modelos y teorías en enfermería*. Setena edició. Espanya: Elsevier España, (33), 706-721.

MENÉNDEZ, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Editorial Lugar, S.A.

MOLAS, M.; BRUGÉS, A. i GARCIA, C. (2011). «Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad». Espanyola: Elsevier Doyma. *Atención Primaria*. 43(5), 220-221.

MONTERO, M. (2013). *Manejo de la ansiedad: del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson*. Sevilla: 20(82), 12-5.

MORETA, I. Entrevistat per Mireia Rourera. *El Punt Avui*. (29/01/2018). Consultat: 12/09/2018). Disponible: <http://www.elpuntavui.tv/video/253271107.html>

MOYA, B. (2014). *Cada dia és festa*. Barcelona: Editorial Barcino.

MUÑOZ, S. (1995). *El Método Sistémico de Orientación Clínica del ser humano* (pendiente de publicar). Consultar: <http://www.msmasesoria.com>.

Nogués, I. (2009). *De lo Físico a lo Sutil*. Tercera edició. Barcelona: Editorial Elsiguientepaso.

North American Nursing Diagnoses Association: NANDA. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015–2017*. Barcelona: Elsevier Espanya, S.L.

Olivé, MC. i Isla, MP. (2015). «El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros». *Revista ROL Enferm* 2015; 38(2): 128.

Panikkar, R. (2011). *Religió i Religions*. Barcelona: Ed. Fragmenta.

Pérez Robles, F. (2003). «La Teoria del Cuidado Humano de Watson». L'Hospitalet (Barcelona). *El Correo Aentde*: editado por Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería.): Semestre II - VI (2).

Pérez Robles, F. (2006). *Los profesionales de la salud en la atención a las necesidades espirituales*. Editado: Labor Hospitalaria.

Piles, P. (2009). *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la ultima etapa de sus vidas*. Madrid: Ed. y distribuïdores, S.A.

Ramió, A. (coord). (2009). *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la ultima etapa de sus vidas*. Madrid: Ediciones y Distribuidores, S.A.

Ray, M.A. (2011). «Teoría de la atención burocrática». *Modelos y Teorías en enfermería*. Setena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L. (8), 113-117-119.

Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción*. Cinquena edició. Mèxic, D.F.: MacGraw-Hill; 9-35-245-280-313.

Riba, L.; Buendia, C. i Fabrellas, N. (2008). «Trio de Damas: reflexión sobre la humanización de los cuidados». Barcelona: *Revista ROL Enferm*, 31(1), 9-14.

Riba, L. i Buendia, C. (2013). «Planificación de los cuidados enfermeros: Relajación y Bienestar». Madrid: *Revista Enfermeria Familiar y Comunitaria*. EFC, 1(6), 286-295.

Riba, L. *et alii* (2014). «Empoderamiento y poder: su vinculación en el proceso de cuidar al enfermo crónico en Atención Primaria». Barcelona: *Revista ROL Enferm*, 37(6), 424-431.

Riba, L. (2016). *Registre i valoració de les creences i valors al pla de cures – TDX* (Consultado: 27/07/2018). Disponible en: <https://www.tesisen-

red.net/handle/10803/399294>.Riba, L. i Martorell, MA.(2017). «Las creencias y valores de la persona en el arte de cuidar. *Revista ROL Enferm*; 40(9): 606-612.

Rifa, R. i Espinosa, C. (2018). *Lenguaje profesional y ética del cuidado. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Esplugas del Llobregat (Barcelona): Ediciones San Juan de Dios. (4) 33-34.

Rodríguez-Beltrán, M. (2009). «Empoderamiento y promoción de la salud». *Revista Red de Salud. Educación para la salud*, 14. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón (14).

Rojas Marcos L. (2010). *Superar la adversidad: el poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa.

Rubia, F.J. (2015). *El cerebro espiritual*. Col·lecció Fragments. Barcelona: Editorial Fragmenta, No.31.

Spector, R.E. (2002). *Cultural diversity in health & illness*. Editorial Prentice Hall. Traducció i adaptació castellana: Muñoz, M.J. *Las culturas de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

Tey, R. (1990). «La infermeria Catalana en el segle xx». *Infermeria geriàtrica i gerontològica*, (2),17-22.

Tey, R. i Camp, M.A. (1997). *L'Escola d'Infermeria de Santa Madrona*. Barcelona: Editorial Viena.

Torralba, F. (1998). *Antropologia del Cuidar. Institut Borja de Bioética*. Madrid: Editorial Fundació Mapfre, 23-80-81.

Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioética. Madrid: Editorial Fundació Mapfre, 86-89.

Torralba, F. (2008). *Plantar cara a la mort*. Badalona (Barcelona): Ara Llibres.

Torralba, F. (2012-2013). *El valor de tenir valors*. Badalona (Barcelona): Ara Llibres.

Tronto, J.C. (2018). *La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo. El futuro del cuidado*. Esplugues del Llobregat: Edicions Sant Joan de Déu (2.2) 16.

Vallverdú, J. (2010). «Religión y salud (o curarse y convertirse)». A: Martorell, Comelles, Bernal (eds.) *Antropología y enfermería*. Tarragona: Publicacions URV., 237-258.

VANDERSPANK-WRIGHT, B. *et alii* (2011). «Caring for patients and famílies at end of life: the experiences of nurses during with-drawal of life-sustaining treatment». *Dynamics*, 22(4): 32-5.

VERHAGEN, P.J. (2012). «Psiquiatría y religión: La Asociación Mundial de Psiquiatría más alla de los límites». *Section on Religion, Spirituality and Psychiatry*. Actas Esp Psiquiatr. Harderwijk (Netherlands), 40(2), 60-5.

WAAL, F. (2014). *El bonobo y los diez Mandamientos*. Tusquets editores, Barcelona.

WATSON, J. (2006). «Impacto de la relación sanadora en la práctica de la enfermería». *Revista ROL Enferm*ería; 29(12):16-22.

WATSON, J. (2008) «Trio de Damas: reflexión sobre la humanización de los cuidados». Barcelona: *Revista ROL Enferm*, 31(1), 9-14.

Altra biografia consultada[67]

ALLIGOOD, M.R. (2011a). «Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis». *Modelos y Teorías en Enfermería*. Setena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L. (1), 3.

ALLIGOOD, M.R. (2011b). «Estado actual y ciencia de la teoría enfermera». *Modelos y Teorias en Enfermeria*. Setena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L., (33), 767.

BESORA, I. *et alii* (2003). *Estàndard de Diagnòstics d'Infermeria a l'Atenció Primària*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Salut.

BULECHEK, G.M. *et alii* (2008). *Clasificación de Intervenciones de Enfermeria*. Cinquena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L., 818.

BUSQUETS, E. i Mir, J. (2006). *Quaderns d'Ètica: Infermeria al final de la vida*. Barcelona: Institut Borja de Bioètica, (6), 20-21.

ESTRADA-MAURIN (2011). *El poder de la empatía*. Santander: Sal Terrae.

CARBONELL, E. (2015) *Ens farem humans?* Valls (Tarragona): Cossetània Edicions, 15.

CHAVEZ, A.R. (2014). «Comunicació i cures humanistes a la Unitat de Cures Intensives: la reflexió com estratègia d'aprenentatge». Barcelona: *Àgora d'infermeria*. (71), 2-18 i 135-138.

67 No citada dins del contingut del text de la publicació.

CORREGIDOR, M. (2013). *Tradicions i costums dels països catalans*. (Consultat: 27/072015). Disponible a: <http://www.festes.org>.

CROSS, K.P. (1981). *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass. Inc Publishers, 110-111.

Diccionari d'Infermeria. (2014). Centre de terminología (TERMCAT). (Consultat: 20/06/2015). Disponible a:< www.termcat.cat>

JOHNSON, M. *et alii* (2012). *Vínculos de Noc y Nic a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Tercera edició. Barcelona: Elsevier España, 24-16.

LOPEZ, J. i ARQUE, M. (2009). *Bases per l'Acreditació de la competencia dels professionals infermers en Teràpies Naturals i Complementaries*. Col. legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. (Consultat: 15/10/2015). Disponible a: <www.coib.cat>.

MARRINER TORNEY, A. RAILE ALLIGOOD, M. (2010) *Modelos y Teorias en Enfermeria*. Barcelona: Elsevier Mosby; p.9-49, 28, 600-602.

MELEIS, A. (2005). *Theoretical nursing. Development and progress*. Tercera edició. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 93-101.

POBLETE, M. i VALENZUELA, S. (2007). «Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios». *Acta Paul Enferm*. 20 (4), 499-503.

RIBA, L. (2006). «El regreso de una Enfermería con Criterio Naturista». *Àgora d'Infermeria*, Vol. 10 (2), 946-947.

RUSE, M. (2010). *Science and Spirituality: Making Room for Faith in the Age of Science*. New York: Cambridge University Press.

SALAZAR, C. (2009). *Antropología de les creences*. Barcelona: Editorial Fragmenta.

SARTWELL, C. (2013). *Los seis nombres de la belleza*. Madrid: Alianza Editorial.

SERRA, X. (2014). *I jo, també em moriré?* Barcelona: Editorial Columna.

SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA. (2013). *Acompanyement fins la mort*. Grup d'Ètica. Barcelona: CAMFIC, 8- 10-12. (Consultat: 10/02/2017). Disponible en: <http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/CAT_Acompanyar_Mort_RPQ.pdf>.

TEIXIDOR, M. (2009). *Intervenciones autónomas de enfermería: Terapias Naturales*. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa".

L'objectiu principal d'aquest llibre és poder facilitar ajuda a la infermera, per tal d'iniciar el camí cap al coneixement, per entendre i respectar la pluralitat i diversitat de pensament de les persones malaltes, quant a les seves creences religioses i no religioses, així com als seus costums i estils de vida.

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
[publicacions] urv